



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina Humana

Unidad de Posgrado

**El significado del ser y el quehacer de su profesión
para la enfermera de un hospital castrense**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctora en Enfermería

AUTOR

Judith Selene LEÓN RIVERA

ASESOR

Gladys SANTOS FALCÓN

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

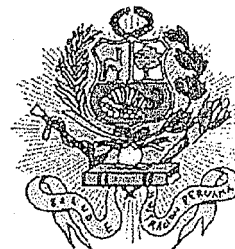
Referencia bibliográfica

León J. El significado del ser y el quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DOCTORAL

Vice Decanato de Investigación y Unidad de Post Grado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

192 En la ciudad de Lima, a los catorce días, del mes de Julio del año dos mil diecisiete, siendo las 12.00m. ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia de la DRA. **MARÍA JOSEFA ARCAJA MONCADA**, y los Miembros del mismo, las Doctoras:

Dra. MARÍA JOSEFA ARCAJA MONCADA	PRESIDENTA
Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE	MIEMBRO
Dra. MARÍA VIRGINIA INFANTE CONTRERAS	MIEMBRO
Dra. KATTIA OCHOA VIGO	MIEMBRO
Dra. GLADYS CARMELA SANTOS FALCÓN	ASESORA

La postulante al Grado de Doctor en Enfermería, es Magister en Enfermería, Doña **Judith Selene León Rivera**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: "**EL SIGNIFICADO DEL SER Y EL QUEHACER DE SU PROFESIÓN PARA LA ENFERMERA DE UN HOSPITAL CASTRENSE**", para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **B Muy Bueno 18**, a continuación la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **Judith Selene León Rivera**, el Grado Académico de **Doctor en Enfermería**.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 1.30 p.m. horas se da por concluido el acto académico de sustentación.


DRA. **RUDI AMALIA LOLI PONCE**
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. **MARÍA VIRGINIA INFANTE CONTRERAS**
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. **KATTIA OCHOA VIGO**
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. **GLADYS CARMELA SANTOS FALCÓN**
ASESORA DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN


DRA. **MARÍA JOSEFA ARCAJA MONCADA**
PRESIDENTA DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**EL SIGNIFICADO DEL SER Y EL QUEHACER DE
SU PROFESIÓN PARA LA ENFERMERA
DE UN HOSPITAL CASTRENSE.**

DEDICATORIA

A MI MAMITA DONA: TU RECUERDO
ESTREMECE MI CORAZÓN POR EL
INFINITO AMOR QUE SIENTO POR TI.

A MI PEQUEÑO LIONEL: LUZ DE MI VIDA.

AGRADECIMIENTO

- A **Nuestro Divino Hacedor**, por su infinita misericordia y permitirnos compartir la vida.
- A la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** por los conocimientos que imparte a través de su excelente plana docente permitiendo el desarrollo profesional de sus estudiantes.
- A mis padres **Donata RIVERA SALCEDO y Emiliano LEÓN CASTILLO** significado de amor, ejemplo y constancia, que siempre permitieron y me dieron las mejores condiciones para lograr mis objetivos
- A la **Dra. Gladys Carmela Santos Falcón**, por su valiosa asesoría, infinita paciencia y gran maestría que permitieron la culminación del presente trabajo.
- A mi hermana **Mariela**, por sus sabias palabras, aliento constante y soporte familiar que siempre fortalece mi vida.
- A mi esposo **César**, por su infinita comprensión, paciencia y apoyo permanente, supliendo en mis ausencias el cuidado y unión familiar.
- Al **Coronel Médico Ángel Jorge Vargas Delgado**, por su constante aliento, apoyo y facilidades brindadas en mi desempeño profesional y para culminar el presente estudio.
- A la **Comandante Enfermera Teresa Chumpitaz Montoya**, amigas (os) Enfermeras(os) y Auxiliares de Enfermería de los servicios de Cirugía de Tórax y Cardiovascular y Cirugía General por el acompañamiento, aliento y anécdotas vividas durante el proceso de esta investigación.
- A las participantes del presente estudio por su valiosa información que permitieron la culminación del mismo.
- A mis familiares y amigos que de muchas formas y en diferentes momentos estuvieron presentes colaborando para el desarrollo y culminación de este trabajo.

INDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Summary.	viii
Introducción	ix
 CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	21
1.3. Justificación Teórica y Práctica	21
1.4. Objetivo del Estudio	22
 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del Estudio	23
2.2. Bases Teóricas	
2.2.1. Evolución Histórica de Enfermería	29
2.2.2. El cuidado de Enfermería	40
2.2.3. Enfermería y el Conocimiento Científico	44
2.2.4. Filosofía Humanística y Enfermería	48
2.2.5. La Práctica De La Enfermería	52
2.3. Marco Referencial Teórico	
2.3.1. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	55
2.3.2. Interaccionismo Simbólico	57
 CAPITULO III TRAYECTORIA METODOLÓGICA	
3.1. Tipo de Investigación	62
3.1.2. Modelo Paradigmático Según Strauss y Corbin	64
3.1.3. Escenario de Investigación	64
3.1.4. Población y muestra	65

3.2. Técnicas e Instrumentos de recolección de información	6 ^{vi}
3.3. Proceso de Recolección de datos	70
3.4. Análisis e interpretación de la información	71
3.5. Consideraciones Éticas	73
3.6. Rigor Científico	73
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1.- Caracterización De Las Enfermeras Participantes De Estudio.	75
4.2.- Modelo Teórico sobre El Ser y Quehacer de la Enfermera en un Hospital Castrense.	77
4.3. Desvelando el ser y quehacer del profesional de enfermería de un hospital castrense.	82
A.- CONDICIONES CAUSALES: Vocación Profesional	83
B.- EL CONTEXTO: Exigencia del Cuidado Humanizado	99
C.- CONDICIONES INTERVINIENTES: Motivación y Satisfacción Personal: Pilar Fundamental para el Desempeño Profesional	108
D.- ESTRATEGIAS: Capacitación Permanente Aceptada y Adoptada como instrumento de Fortalecimiento Profesional	140
E.- CONSECUENCIAS: Posicionamiento y Empoderamiento Profesional: Evidencia un Cuidado de calidad	154
4.4. Teoría Sustantiva del Estudio	164
CONSIDERACIONES FINALES	167
RECOMENDACIONES	169
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
ANEXOS	186

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado del ser y del quehacer de su profesión para la enfermera en un hospital castrense y construir una teoría sustantiva a partir de los datos obtenidos en la investigación. La trayectoria metodológica fue cualitativa, descriptiva-comprensiva, utilizándose la Teoría Fundamentada en Datos, bajo la luz de el referente teórico: del cuidado humano de Jean Watson; que permitió develar el significado del ser y quehacer de la enfermera en las interacciones cotidianas e intersubjetivas de su práctica profesional. La información se recolectó utilizando la entrevista a profundidad, considerando como principales preguntas norteadoras: ¿Qué significa para usted ser enfermera? ¿Qué significa para usted el cuidado? ¿Cómo usted describe el cuidado de enfermería? Realizadas las entrevistas se llegó al punto de saturación con doce enfermeras(os), la información obtenida se fue transcribiendo, realizándose lecturas fluctuantes y haciéndose comparaciones constantemente, siendo analizado mediante la codificación abierta, axial y selectiva, de acuerdo al Modelo Paradigmático propuesto por Strauss y Corbin, surgieron las siguientes categorías: como ***Condición causal***: Formación Profesional; ***Condición Interviniente***: Satisfacción y Motivación, pilar fundamental para el desempeño profesional; ***El Contexto***: Exigencia del Cuidado Humanizado; ***Estrategias***: Capacitación permanente aceptada y adoptada como instrumento de fortalecimiento de la profesión; ***Consecuencias***: Posicionamiento y empoderamiento profesional= calidad del cuidado. Emergiendo finalmente la Categoría Central denominada: ***Ser y Quehacer de la Enfermera: Vocación, Conocimiento y Práctica de su profesión en un Hospital Castrense.***

Palabras clave: ser, quehacer, profesional de enfermería, teoría fundamentada en datos.

SUMMARY

This research aimed to understand what it means for a nurse in a military hospital to be in their profession, as well as the work it implies, and construct a substantial theory based on the data obtained in the research. The theoretical reference: Jean Watson, with her theory of human caring, the comprehensive, descriptive, qualitative, and methodological trajectory using the principles of Grounded Theory, which allowed to understand the meaning given to being in nursing and its work in the intersubjective and everyday activities of the professional practice. The information was obtained by using in-depth interviews, considering the following as the main guiding questions: What does being a nurse mean to you? What does care mean to you? How would you describe nursing care?

Twelve nurses were interviewed in their field of work. The interviews were transcribed, the information obtained was reread, and the data was analyzed by means of open, axial, and selective coding, which was then organized according to the Paradigmatic Model proposed by Strauss and Corbin. Through this the following categories were found: Causal condition: Professional vocation; Intervening condition: Satisfaction and Motivation, basic pillar for professional performance; Context: Demands of Humanized Care; Strategies: Permanent training accepted and adopted as a profession strengthening instrument; Consequences: Professional positioning and empowerment = quality of the care.

Finally, the Central category emerged: ***Being a Nurse and the Work it implies: vocation, Knowledge, and Practice of the Nurse in a Military Hospital.***

Keywords: being, work, nursing professional, grounded theory.

INTRODUCCIÓN.

A través de la historia, la enfermería ha sufrido una serie de transformaciones para brindar su cuidado, inicialmente basaba su práctica en la experiencia y la transmisión de conocimientos era de forma oral. Con la intervención indiscutible de Florence Nightingale, la enfermería trasciende a una etapa de mayor desarrollo, surgiendo propuestas para su profesionalización; además de las teorías de enfermería que permiten mejorar las prácticas y otorgarles una base científica sustentando su quehacer, haciéndola perceptible por la persona cuidada, permitiendo el reconocimiento social, acrecentando la identidad profesional y logrando la satisfacción personal.

La construcción del conocimiento en enfermería se basa en la investigación y en la evidencia que surge de la práctica, responsabilidad que corresponde a todos sus miembros esperando que los cuidados brindados sean de calidad y satisfagan las demandas de la persona y la sociedad. Aunado al conocimiento debe valorarse la vocación, la motivación y satisfacción del profesional, porque las condiciones favorables en el desempeño laboral permiten que el cuidado sea humanizado e integral.

Sin embargo, se observa que la enfermera en la actualidad, por diferentes cuestiones institucionales, personales o académicas, se encuentra en una situación poco favorable para su desarrollo, que indudablemente repercute en el cuidado, notándose algunas veces rutinización del trabajo, deficientes relaciones interpersonales e indiferencia, originando así, insatisfacción en la persona cuidada como en el profesional que brinda el cuidado. Situación que debe ser reconocida, afrontada y superada para proporcionar un cuidado en forma integral, con calidad, vocación, humanizada y continua; contribuyendo a mantener o recuperar la salud de la persona, familia o comunidad.

El presente estudio ha sido dividido en cinco capítulos: el primer capítulo está referido al planteamiento del problema, situación problemática, formulación del problema, objetivos, justificación y propósito.

El segundo capítulo está basado en el desarrollo del marco teórico, considerándose los antecedentes de investigación relacionados con el estudio y la base teórica relacionados con el tema. Las bases conceptuales teóricas y metodológicas descritas por el interaccionismo simbólico y la teoría fundamentada en datos.

En el tercer capítulo se hace referencia al abordaje o trayectoria metodológica que se ha empleado en el estudio; el tipo de estudio, el escenario de la investigación, la población y muestra así como, las técnicas y los instrumentos para la recolección de datos, el proceso de análisis e interpretación de datos, aspectos éticos y rigor científico.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados y las consideraciones finales, que son de interés para explicar el pensamiento actual de las enfermeras participantes sobre su ser y quehacer, mejorar el ejercicio profesional y en consecuencia, la satisfacción de las personas que son cuidadas por ella.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas que sustentan el informe de investigación y los anexos más importantes que clarifiquen aspectos interesantes del estudio.

LA AUTORA.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.

I. 1.- SITUACION PROBLEMÁTICA.

Sabemos que la enfermería es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basado en teorías científicas y está enfocada hacia la salud y el bienestar de la persona. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente, por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno. (Puga García y otros, 2010). Además, se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos marcos, como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal con los individuos, la familia y la comunidad.

La American Nurses Association (ANA), define a la enfermería como el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales. Para la Canadian Nurses Association (CNA), la profesión de enfermería existe como respuesta a una necesidad de la sociedad y hace suyos los ideales relacionados con la salud del hombre a lo largo de su existencia. Para Florence Nightingale, el objetivo de la enfermería es colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él, significando entonces la enfermería como

“el uso adecuado del aire fresco, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la adecuada selección y administración de dieta, procurando el menor gasto posible de energía vital del paciente”, desarrollando en 1860 su teoría del Entorno. (Iver, 1997)

A través de la historia, la profesión de enfermería se ha caracterizado por su capacidad de responder a los cambios que en la sociedad se han generado como consecuencia de la explosión demográfica, la aparición de nuevas enfermedades, sistemas de saneamiento básico deficientes y políticas de salud que no responden a las necesidades que la población está demandando. Desde siempre la enfermera (o) a cuidado a las personas que por algún motivo ha visto afectada su salud y no pueden responder de forma integral en su autocuidado, y a la persona sana mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, consolidando así, a través del tiempo, el objeto de su quehacer que es el cuidado mediante el arte, la ciencia y la tecnología.

Recordemos que Enfermería surgió como una actividad doméstica, inicialmente era considerada como una vocación que se convirtió en oficio que a la vez exigía una serie de conocimientos que se adquirían por transmisión oral de generación en generación, surgían de la intuición y fueron constituyéndose en un saber, que derivado de la experiencia lograba en muchos casos, resolver los problemas que se presentaban. Con el transcurso del tiempo se ha perfeccionado en su cuidado, y las personas que laboraban cuidando enfermos se han profesionalizado.

Años más tarde, hubo grandes aportes de enfermeras, por ejemplo; Nightingale propuso cuatro conceptos que hasta la actualidad son centro de interés de la enfermería: persona, entorno, salud y cuidado; constituyéndose desde entonces el cuidado como el objeto de estudio y su razón de ser. Desde entonces muchas enfermeras lucharon para que esta profesión se convirtiera en una disciplina y ocupe un lugar en la ciencia. Se debe considerar que para el desarrollo de este cuidado cotidiano se formularon

interrogantes cuyas respuestas conllevaron a la disciplina y la posibilidad de afrontar los retos mundiales, reproduciéndose la profesión como tal. (Siles, 2004)

El cuidado de enfermería, centrado en acciones y procedimientos que constituían las rutinas, prevaleció por mucho tiempo acompañado de prácticas sanitarias que combinaban procedimientos propios de la época, y servían para el tratamiento y alivio de los enfermos; esto, indudablemente, llegó a formar parte de un saber acumulado por muchos años y ayudó a resolver muchos problemas de salud más frecuentes.

Posteriormente, de acuerdo con el desarrollo y avances en los conocimientos de otras ciencias y a las necesidades de encontrar las causas y la explicación de muchas enfermedades que diezmaban la vida de grandes poblaciones, se empezaron a utilizar conceptos de otras ciencias que permitieron apoyar y sustentar el cuidado de la enfermería, logrando mayores niveles de eficiencia y de efectividad en contra de dichos males.

Estos desarrollos incipientes lograron tener una incidencia importante en el manejo y tratamiento de los enfermos, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud e implementando estrategias que ayudaron a contrarrestar las enfermedades, a explicar y comprender mejor las alternativas terapéuticas. Estas experiencias que enriquecieron el conocimiento y mejoraron las prácticas de Cuidado, formaron un nuevo personal mejor preparado para enfrentar los fenómenos relacionados con la enfermedad. (Daza y otros, 2012)

Desde este punto de vista, se reconoce que el cuidado de enfermería ha evolucionado para ser más científico, para dar más autonomía, independencia e identidad a la profesión, es decir, ser una profesión “única” y que además contenga el fundamento teórico (conocimientos) del cuidado. (Jorge, 2005. p. 82). El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como tecnología de salud para dar cuidado a “una” persona, es tan sólido que ha permitido el desarrollo de un modelo para medir la calidad del cuidado de

enfermería en el nivel más primario como la atención domiciliaria, el PAE fortalece todas las dimensiones del cuidado de enfermería, porque la enfermera está preparada para realizar acciones tanto de administración como de gestión para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y su cuidado, que está basado en su pensar, pero con pensamiento crítico, y más aun con una visión de cuidar no de curar.

Al respecto, Cáceda (2008), señala que la enfermería se está desarrollando como ciencia y profesión y está en cambio permanente, pero toda consolidación debe ir respaldada por una teoría que le dé sentido y metodología y que permita a la práctica hacerla útil y funcional. Se considera que una práctica es científica cuando sus acciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican mediante un método sistemático, para determinar, organizar y evaluar las intervenciones de enfermería.

Por lo tanto, el conocimiento es un elemento central para el desarrollo sostenido de la profesión. Enfermería, actualmente insertada dentro de la comunidad científica, aporta desde diferentes perspectivas teóricas, producto de la experiencia y de la investigación, la consolidación de un cuerpo teórico de conocimientos que alimentan el quehacer profesional. El esfuerzo y los resultados han permitido la generación de paradigmas que identifican el ser de la disciplina y el quehacer de la profesión, aspectos que han contribuido al desarrollo epistemológico, ético, estético y personal que rodean a esta profesión.

En concordancia, Daza de Caballero (2005), refiere que es necesario continuar fortaleciendo e impulsando la construcción de conocimientos en Enfermería, considerándolo como un proyecto de vida que compete a todos los miembros de la comunidad desde los diversos ámbitos de desempeño. (p.57)

Sin embargo, no solo el conocimiento es área de interés para el desarrollo de la profesión, es muy importante comprender su filosofía, saber

que piensan las enfermeras respecto a su profesión y que aspectos consideran de vital importancia para el desarrollo de su práctica. Se considera que la filosofía comprende el sistema de creencias y valores de la enfermera e incluye también una búsqueda de conocimientos. Su existencia y la comprensión determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación y su forma de pensar define su manera de actuar. (Reyes, 2010. p.8). Entonces, la enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia y elementos de la filosofía de su profesión para elaborar una filosofía personal que fortalezca la profesión de enfermería.

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres elementos: preocupación por el conocimiento, los valores y el ser, o las creencias que tiene el individuo sobre la existencia. En todos estos aspectos, la filosofía emplea como método los procesos intelectuales.

Podemos afirmar que el conocimiento es importante para la enfermería porque ésta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico; también debemos conceder una real importancia a los valores, aspecto esencial para la enfermería porque las enfermeras efectúan de manera constante declaraciones de actitud, preferencia y valores conforme se comprometen en la relación que comparte con el paciente. De igual manera, como la enfermera ha participado activamente en el desarrollo de una teoría propia, resulta evidente que está comprometida con su propia filosofía respecto a su existencia profesional

Sobre la base de la experiencia de toda su vida y del conocimiento de su educación profesional, la enfermera desarrolla un auto-concepto dentro del cual integra una filosofía dinámica de la enfermería, cuyos aspectos esenciales se relacionan con: la lógica, ontología, psicología filosófica y ética o filosofía moral. En cuanto al problema de la ética, es la duda de lo correcto, lo incorrecto y el deber, es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les

corresponden. La enfermería es un arte moral, su propósito final es el bienestar de otros seres humanos.

También, reconocemos que todas las profesiones deben tener bien definidas su práctica, su servicio que es lo que las caracteriza. Al respecto, Kerouac (1996), señala que la ciencia de enfermería es considerada una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. Siendo necesario que ella se mantenga actualizada con el avance de la ciencia y la tecnología, así como, de los momentos socio político, cultural y económico de la sociedad en la que se está desarrollando.

Por todo lo mencionado, consideramos que el papel profesional debe ser permanentemente analizado y contrastado en el devenir histórico de la profesión y su entorno, que permitan identificar supervivencias y rupturas para poder fortalecer o redefinir acciones y así perfeccionarlos en el futuro. Es así, como los contextos sociales políticos, científicos y administrativos, influyen en el trabajo y el desarrollo explícito de la profesión lo que permite alcanzar protagonismo y participación en las decisiones adecuadas para el desarrollo de una nación.

El desarrollo de la profesión de enfermería en el mundo y en nuestro país, ha ido evolucionando poco a poco, pero se advierte el reconocimiento social poco significativo, apreciándose aun en nuestros días, que en algunos establecimientos de salud se confunde a la enfermera con otros profesionales, las personas no definen claramente que hace la enfermera; tienen la creencia que solo cumplen órdenes médicas y realizan papeleos para la administración del servicio; como resultado se evidencia poco cuidado directo al paciente, y si se le asigna actividades de jefatura o administración para desarrollarla paralelamente al cuidado asistencial; lo cual definitivamente repercute en el cuidado del paciente.

Así mismo, algunas veces se observa que la enfermera que trabaja en el área asistencial, está perdiendo cada vez más la esencia de su cuidado, a

consecuencia de algunos factores asociados a su labor, como: la sobrecarga laboral, la pérdida de su identidad profesional, la rutinización de su trabajo y la insatisfacción personal, académica o económica. En la mayoría de las instituciones la sobrecarga laboral está relacionada con las políticas económicas e institucionales, porque existe un número insuficiente de personal y asignaciones de diversas actividades que alejan a la enfermera de la esencia de su quehacer, el cuidado directo al paciente.

Durante la labor asistencial que vengo desarrollando, observo la desmotivación de las enfermeras y en conversaciones informales con las mismas me manifestaban su pensar sobre la profesión y su situación laboral, en el contexto real del día a día, siendo algunas de sus expresiones las siguientes: “A veces me siento cansada, todos los días lo mismo, aunque el paciente no tiene nada que ver, me siento muy cansada”, “Espero cumplir el tiempo que me toca trabajar, para descansar y dedicarme solo a mi familia”. Otros testimonios están relacionados con las dificultades para la capacitación por los horarios de trabajo y el costo. “Me gustaría estudiar otra cosa, pero no me alcanza el dinero y es difícil por los cambios de turno”.

Algunas enfermeras por experiencias negativas refieren “Para que voy a prepararme si la situación no cambia, para las enfermeras todo sigue igual”, “Yo hago lo que tengo que hacer y punto”. Refieren que no hay ningún tipo de estímulo para superarse en su profesión. Sin embargo, manifiestan su satisfacción personal por estar ayudando al otro y espiritualmente se sienten reconfortadas cuando reciben el reconocimiento de su trabajo de parte de los pacientes: “Mi paciente dice que soy su angelito y me agradece su atención, para mí como enfermera, eso es suficiente”.

Por otro lado, está percepción que tiene el paciente sobre el cuidado de enfermería, refieren que la enfermera “proporciona cuidados de forma mecanicista: te ponen el termómetro, te ponen la inyección y no me pregunta que pienso de lo que están haciendo conmigo, tal vez porque hay muchos pacientes y ella se siente muy cansada o por que viene molesta”.

Esta percepción del paciente o familiar, refleja la imagen que tiene la sociedad de la enfermera, que es distante de aquel profesional que proporciona bienestar a la persona y a la familia; por lo tanto, no se considera su contribución a la sociedad, que es uno de los aspectos, por lo cual una profesional es valorada.

Reconocemos que un factor importante para el desarrollo del cuidado de la enfermera es la formación profesional que ha recibido, sin embargo, en ésta se producen incongruencias; en los estudios de pre grado, se señalan modelos de enfermeras “ideales” con un innumerable listado de competencias y con una imagen estereotipada, que finalmente dista mucho de la realidad. Además, existen diferencias entre los temas desarrollados en aspectos teóricos y las situaciones encontradas en las prácticas pre profesionales, y más aún en el desarrollo profesional donde se encuentran incongruencias entre lo que se debe hacer y lo que se hace.

Este hecho ocasiona generalmente sentimientos de desolación y confusión en la enfermera, porque sus expectativas del rol que le generó su formación inicial no coinciden con las demandas del sistema y se siente incapaz de desplegar en su trabajo aquellas “super competencias” de las que se les hablaba en su formación inicial.

Durante mi formación académica, especialmente en el post-grado, me permitió identificar características particulares inherentes al desarrollo de la profesión, por ejemplo, en relación a la identidad profesional, una pregunta constante entre mis colegas era ¿por qué estudiaste enfermería?, una gran mayoría lo asocia a múltiples factores, pero muy pocas manifiestan que “querían ser enfermeras” y las que responden que “les gusta ser enfermeras” señalan que se sienten bien de ayudar a otras personas.

Considero también, que es importante el rol que desempeñan las enfermeras con mayor experiencia en el cuidado de la persona, pues la aceptación y guía que estas enfermeras brindan, influyen en cierto modo en el desenvolvimiento de las que ingresan a laborar en una institución de

salud, estas últimas encuentran una situación diferente, expectante y a veces frustrante. Se puede verificar esta influencia positiva en algunas enfermeras cuando recuerdan y manifiestan: “la enfermera antigua me ayudó mucho cuando empecé a trabajar ya que me enseñó las rutinas del servicio” “como hacía prácticas en el hospital, conocí a la mayoría del personal que me ayudaron a adaptarme al nuevo ritmo de trabajo”.

Sin embargo, algunas enfermeras tuvieron experiencias no tan gratas y señalan que: “le tenía mucho miedo a una enfermera antigua, como me veía muy joven me gritaba y me revisaba lo mínimo del paciente” “a veces los doctores me gritaban por cosas de enfermería que no se habían realizado en turnos anteriores y no sabía cómo decirles. Me sentía muy mal”

Realidad que también comparto con otras colegas, sobre todo en las primeras experiencias como enfermeras según manifiestan: “cuando empecé a trabajar tenía 23 años, estaba a cargo de una sala con 32 pacientes y hice como pude, todo lo que sabía y pensaba aplicar se esfumó” “no estaba preparada para interrelacionarme adecuadamente con los pacientes o los familiares, manejaba muy bien los conocimientos de la enfermedad y su tratamiento, pero no sabía cómo comunicarme con mis pacientes”, “entendí que lo más importante para los pacientes es que tú los escuches, pero no tenemos tiempo, hay muchas cosas que hacer en el servicio”.

Desde mi punto de vista, esta forma de inicio a la experiencia laboral genera sentimientos negativos a la enfermera, por estar frente a situaciones difíciles que no está en condiciones de resolverlas por falta de experiencia o por falta de preparación, o de recursos o de la cultura de colaboración entre el personal. Además, la enfermera ingresante hace grandes esfuerzos para intentar alcanzar el estereotipo utópico que construyó, durante su formación inicial, pero lógicamente no obtiene resultados satisfactorios, por una serie de factores intervinientes que aún no puede controlar.

Para Medina (2010), algunas veces estas dificultades objetivas son integradas y superadas por enfermeras que responden a ellas de manera

satisfactoria, en otros casos esas dificultades son percibidas como amenazas, como riesgos para la enfermera y poseen un contenido traumático. Cuando estas situaciones negativas cotidianas se van repitiendo aparecen sentimientos de insatisfacción, desconcierto e intranquilidad que dominan la conciencia de la enfermera y que se convierten en el centro de su existencia lo que probablemente rutinice su trabajo y la aleje de la filosofía del ser enfermera, además de producirle algunas dolencias alteraciones en su salud, como el Síndrome de Burnout. Estos factores influyen para que la enfermería pierda la esencia como profesión de servicio a las personas.

Esta realidad, se observa en casi todas las instituciones de nuestro país. Particularmente, en las instituciones castrenses, donde aún se mantiene la verticalidad en el trato de la enfermera y la persona que recibe su cuidado, considerando que la formación profesional que recibe ha sido desarrollado con aspectos relacionados con el tratamiento castrense, que de alguna forma influye en el trato que tienen con las personas que atiende, modificando la naturaleza de su ser y de alguna forma diferenciándose del tratamiento que tiene una profesional que ha recibido su formación profesional en otro ámbito de enseñanza.

Cuando revisamos los orígenes y la trayectoria del quehacer, se evidencia un vacío en el conocimiento, además se carece de espacios de discusión sobre aspectos que son importantes para el fundamento de nuestra profesión. Desde este punto de vista, para conocer una “filosofía de la enfermería” en nuestro medio, la enfermera debe mostrar interés en la naturaleza de los seres humanos. Desde su perspectiva, cada enfermera debe tratar de responder las interrogantes ¿Qué hace la enfermera? ¿Cuál es la razón fundamental de la existencia de la enfermería? ¿Cómo brinda su cuidado? ¿Cuál es su área de competencia? ¿A qué contribuyen las enfermeras? ¿Las enfermeras cuidan o curan?

Luego de las reflexiones sobre el tema, como enfermera asistencial y docente, teniendo el interés en el desarrollo de Enfermería y deseando indagar más sobre el Ser y el Quehacer de la enfermera, formulo la siguiente interrogante central de investigación:

I.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cómo es el significado del Ser y el Quehacer de su profesión para la enfermera en un hospital castrense?

I.3.- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA

La explosión de conocimientos y el cuerpo de información de la profesión basada en la ciencia tiene un gran avance, el uso del método científico plasmado en el Plan de Atención de Enfermería (PAE), la ha colocado en un lugar de la sociedad donde debe alcanzar el protagonismo, participando en decisiones políticas sanitarias del país dentro del contexto actual. Un factor importante es la capacitación permanente de la enfermera en todas las áreas de su competencia, que le permita lograr y evidenciar la congruencia entre teoría práctica para el cuidado del paciente; asumiendo nuevos retos con responsabilidad ética y valores inherentes a la profesión. Fortalecer los conocimientos de la profesión, la autonomía, la identidad y el manejo del quehacer cotidiano, permitirá la aceptación y reconocimiento de los otros profesionales de la salud y la sociedad.

Incluirse en el desarrollo activo social, implica reconocerse como profesional, saber quiénes son las enfermeras, que hacen y hacia dónde van; definir claramente su rol en la prevención, promoción y recuperación de la salud, le permitirá brindar un cuidado integral, basada en la ciencia, con un quehacer continuo, misceláneo e integrador, evitando la rutinización, documentando el resultado de su intervención que evidencie su participación en la solución de problemas de la población.

Por lo expresado, se considera importante este estudio, porque permitirá obtener información actualizada sobre el significado del ser y

quehacer de la enfermera en un hospital castrense, permitiendo su comprensión. Realizar una reflexión crítica, con una visión amplia, actualizada y coherente, nos conducirá a proponer mejoras en los procesos de formación integral y desarrollo humano-profesional basado en conocimiento y valores.

A su vez, el entendimiento de esta situación, permitirá incorporar estrategias tendientes a fortalecer la profesión, tales como; la autoevaluación, el desarrollo de cualidades propias, la reevaluación del plan de trabajo y la creación de una visión propia, esperando que el profesional asuma un compromiso individual y colectivo, dentro de la realidad dinámica que le genere autonomía en la práctica.

Finalmente, se podrá discutir puntos de congruencia y divergencia que ayuden a fortalecer a la enfermería como profesión, siendo amparada por el marco legal establecido por las instituciones académicas y colegio profesional, reconociendo que el desarrollo de la investigación científica es una fortaleza que permite sumergirnos en esta realidad con tendencia a generar cambios.

I.4.- OBJETIVOS

Se plantean los siguientes objetivos de investigación:

- Comprender el significado del Ser y del Quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense.
- Construir una teoría sustantiva sobre el Ser y el Quehacer de la enfermera, a partir de los datos obtenidos en la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

II.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Se hizo una búsqueda minuciosa de los antecedentes de estudios, tanto nacionales como internacionales en las bases de datos bibliográficos y de texto completo en LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Dialnet, Cybertesis, Cuiden, In crescendo, Scielo, y otros.

En relación a los estudios realizados sobre el tema, a nivel nacional, se encontraron algunas referencias, probablemente porque en nuestro país el desarrollo de investigaciones cualitativas se realizan, principalmente, en los programas de Doctorado en Enfermería y estos son relativamente nuevos, otro factor podría ser la poca difusión de estudios previos similares, que impiden el acceso a ser incluidos como antecedentes.

A nivel internacional se hallaron antecedentes, de países como España, México y Brasil, donde se realizan investigaciones de tipo cualitativo que buscan generar y construir conocimientos relacionados con la enfermera y la enfermería. Se presentan algunas de ellas que están relacionados con el tema de estudio.

NACIONALES:

1.- **Verástegui, R. (2014).** Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012.

Con el objetivo de comprender el significado que otorgan al cuidado de enfermería las enfermeras que laboran en el servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo. El referente teórico: Jean Watson con su teoría del cuidado humano, la trayectoria metodológica cualitativa descriptiva comprensiva con enfoque procesual a través de la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, que permitió comprender el proceso de construcción del cuidado de enfermería en la práctica profesional, en las experiencias cotidianas e intersubjetivas. La información se obtuvo utilizando la entrevista a profundidad, considerando como principales preguntas orientadoras: ¿Qué significa para usted el cuidado? ¿Qué significa para usted ser enfermera?

Participaron siete enfermeras, se analizaron los significantes: mediante la codificación abierta, axial y selectiva, centrándose en lo común, permanente e invariable de los discursos; las transcripciones e interpretaciones mediante códigos vivos y sustantivos se reunieron por grupos de temas presentando gráficamente los resultados, formado por cuatro dimensiones: “Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación”, “Reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera”, “Auto-reconocimiento de capacidades de la enfermera” y “Definiendo que el cuidado de enfermería no es solo ciencia y arte, es la complementación con el Self de la enfermera”.

Estos significados confirman que en la interrelación enfermera – persona cuidada hay esencias y crecimiento mutuo, lo cual permite a las enfermeras sentirse reconfortadas, realizadas como profesionales.

INTERNACIONALES

2.- **Meza-Benavides, M** (2005). Realizó el estudio: “*Construcción del conocimiento en Enfermería: Enfermeros y enfermeras tienen la palabra. Costa Rica*. Investigación con abordaje cualitativo, el propósito del estudio fue conocer sobre la experiencia y la opinión que tienen varias enfermeras y enfermeros, profesoras y estudiantes de Enfermería sobre la construcción del conocimiento en su disciplina. Se establecieron grupos de discusión; primero se reflexionó en grupos pequeños y luego en una sesión plenaria. Los grupos se conformaron de manera heterogénea y voluntaria.

La población participante lo constituyó un grupo de 12 enfermeras y enfermeros que laboran en diferentes hospitales y áreas de salud. También se incluyó a 14 estudiantes y 6 profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. La recolección de datos se dio por medio del desarrollo de una discusión de grupo con modalidad de taller. El propósito del taller fue abrir la reflexión sobre la construcción del conocimiento en Enfermería. La reflexión tuvo como base el conocimiento pasado y la influencia que éste ha tenido en la enfermería costarricense; así como, la construcción del conocimiento presente como respuesta a las transformaciones sociales, en el Sistema de Salud y en la enfermería en particular. La reflexión permitió concebir la construcción de una nueva enfermería a partir del pasado y el presente.

El análisis de los datos se realizó con la triangulación de los relatos y con una unidad basada en tres ejes sobre: la relación sujeto - objeto, la construcción del objeto de conocimiento en Enfermería y la construcción de un pensamiento crítico. En los resultados se destaca el surgimiento de temas emergentes como el significado social de la Enfermería y su relación con el contenido semántico de estudiantes y profesionales, las dificultades personales en la construcción del conocimiento y la influencia de las relaciones de género, la construcción del conocimiento se da por la relación

con el paciente, se agrega además la importancia, de la relación interpersonal, que para algunas personas de los diferentes grupos constituye la esencia de Enfermería.

Existe controversia sobre si el conocimiento enfermero es propio o adquirido, se puede decir que no hubo consenso al respecto. Con relación al conocimiento silencioso encontramos confusión, ya que es visto como ausencia de publicaciones y divulgación y no como dificultad para la conceptualización, lo que tiene implicaciones epistemológicas importantes. Sobre el pensamiento crítico, hubo opiniones frecuentes relacionadas con la crítica a la Ciencias Sociales y su relación con la profesión, pero no se distingue una que comprometa a la profesión con los problemas sociales, económicos y políticos del país.

La perspectiva de futuro es optimista; aun así, nos da una relación entre la realidad de la profesión, sus dificultades actuales y lo que pueda ofrecer el futuro. Por tanto, se piensa que la visión del porvenir parte de lo que se desea y no de cómo verdaderamente se cree que será.

3.- Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño & Medina-López. (2008) *“El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. México”*. Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, realizado con el propósito de comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional. Se realizó un muestreo teórico.

Los participantes del estudio profesionales de enfermería, un hombre y seis mujeres, promedio de edad de 30 años. Los datos se recolectaron a través de diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad; se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y

axial que sirvieron para el análisis de los datos, mediante el marco interpretativo de las representaciones sociales de Moscovici, que contempla cuatro dimensiones: información, imagen, actitud y opinión. Se encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes. En conclusión, el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.

5.- Reséndiz-Dáttoly C & Jiménez-Vázquez, M (2010) “Postura de la enfermera ante su quehacer profesional. Instituto Mexicano del Seguro Social. México”. El término postura en este estudio significa asumir un punto de vista sólido, desarrollado a través de un proceso de reflexión y cuestionamiento ante los saberes y la práctica diaria. La postura de la enfermera constituye un punto de vista personal construido a través de la crítica, que encausa las iniciativas de acción, las cuales adquieren consistencia, sentido y propósitos.

Con el objetivo de identificar la postura de la enfermera ante su quehacer profesional. Estudio transversal comparativo realizado en el año 2008 con personal de enfermería que labora en una delegación estatal. La muestra se obtuvo por cuotas se incluyeron a 125 enfermeras con categoría de auxiliar hasta jefe de piso, a quienes se les aplicó un instrumento de medición comparándolas por categoría, nivel académico, antigüedad y unidad de adscripción. El instrumento constó de 94 enunciados; 47 exploraron el enfoque dominante de la práctica de enfermería y 47 el enfoque crítico y autocrítico de su práctica.

Los enunciados se caracterizaron en duplas mutuamente excluyentes entre sí que indagaron las cuatro funciones básicas del quehacer de enfermería; asistenciales, administrativas, investigación y docencia. La postura se evaluó a través de tres indicadores; acuerdo indiscriminado, enfoque popular y consecuencia. Para el análisis de resultados se empleó

análisis estadístico no paramétrico. Los resultados obtenidos al interior y entre cada uno de los grupos fueron favorables para la ausencia de una postura de la enfermera ante su quehacer profesional que nos lleva a pensar que es muy probable que se realice un quehacer enfermero más rutinario con poco ejercicio analítico, crítico y autocrítico.

6.- Francisco de Rey, C. (2008) *“De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Universidad de Alcalá”*. Alcalá de Henares. España. Señala que al igual que los aspectos relacionados con el género y lo religioso, los valores militares también influyen en la configuración y evolución de la enfermería, luego se pasa a tratar cómo la organización y valores castrenses han influido en la evolución de la enfermería. Cualitativa y, sobre todo, cuantitativamente el desarrollo de la enfermería ha estado ligado a los conflictos bélicos, por ser periodos de tiempo en los que aumentaban las demandas sanitarias.

Estos componentes ideólogos en la formación se consolidan y están presentes de manera representativa hasta finales de los años 1970. Las enfermeras se formaban en régimen de internado, en escuelas, generalmente pequeñas, anexas a hospitales, en el internado eran tuteladas por las monitoras responsables de su formación, que tenían como función principal el control de sus horarios, costumbres, aspecto personal, etc. Y el control ejercido a las estudiantes se comparaba con el control a la vida del “recluta”.

Algunas costumbres siguen poniéndose de manifiesto. Expresiones como “darse el parte”, “el control de enfermería”, “las órdenes médicas” parecen heredadas de la influencia militar. Los valores militares que más calaron en la enfermería tienen que ver con el orden, la disciplina, la obediencia y la jerarquía, que cobraron forma y se manifestaban de manera especial en la relación con los médicos, repitiéndose en la vida sanitaria patrones típicos de la estructura castrense.

Estos antecedentes de investigaciones sirvieron como marco referencial para el presente estudio de investigación, son trabajos realizados a nivel internacional, que tienen algunas características similares entre las poblaciones y los resultados difieren de uno a otro, además permitieron contrastar los resultados que se obtuvieron, para analizar y discutir algunos discursos obtenidos en el proceso del estudio. También sirvieron de orientación en el planteamiento de un referencial teórico, para lograr mayor consistencia en esta investigación.

II. 2. - BASE TEORICA

2. 2.1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA.

Desde la primera sociedad primitiva a la mujer se le asigna como una de sus tareas, la de CUIDAR de los niños y de los ancianos, ya que estos últimos debido a su edad no podían cazar. Con el ejercicio de las prácticas en el cuidado de la salud aparece la figura femenina que se dedica a la recolección y preparación de los ungüentos, al cuidado de los enfermos, el enterramiento de los cadáveres, los desechos orgánicos e inorgánicos los depositaban lejos del asentamiento de la tribu, procurando que los alimentos se conservaran en las mejores condiciones posibles, guardándolos en los lugares más frescos. Es decir, iniciaron todo un trabajo que hoy se conoce como Salud Pública. (Siles, 1999)

La Revista Cubana de Enfermería, señala que para Colliere (2005) el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Desde la época de Homero y de Sócrates, existe constancia que las personas tenían en cuenta el hecho de auto cuidarse desde la perspectiva

de la limpieza, lo que mantendría la vida y la prosperidad. Según Hernández (1999); Febe (60 d. C.) es la única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento (Romanos, 16, 1-2) y ella atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial del trabajo de las diaconisas. No obstante, no se la relaciona con la Enfermería.

Según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Mazona, en Mérida, en el siglo VI, donde relatan vínculos importantes entre el cristianismo y su organización con las prácticas del cuidado de enfermería, es el caso que durante las cruzadas se identificaron a tres personajes importantes: el guerrero, el religioso y el enfermero, propiciando entonces las órdenes Militares dedicadas a la enfermería. (Hernández, 1996)

Entre los hospitales medievales donde se desarrollaban actividades de enfermería, se encuentran El Hôtel-Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma, el Hospital de la Seo de Tortosa, el Hospital de Mérida, y el Hospital d'en Clapers de Valencia, de los cuales, según datos recogidos por el mencionado autor, los dos primeros perduran en la actualidad. El llamado movimiento *Beguino*, constituido por «mujeres santas» que cuidaban enfermos, se diferencia dentro del entramado histórico-cristiano-caritativo ligado a los cuidados de enfermería fundamentalmente en no asumir los votos preceptivos de las órdenes religiosas.

A lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde éstos se desarrollaban, las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados de Enfermería han variado: siendo denominados hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos, *hospitalera*, *enfermero*, *enfermera*, se señala que los primeros administradores o procuradores de los hospitales eran varones.

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos

institucionales: nodrizas, parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante generó graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que «no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación». Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, la idea predominante era que se constituía más como una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa y el cuidado de enfermos se encontraban en manos de los laicos, antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad. Donahue denominó a este período la "Época oscura de la Enfermería" (Hernández, 1996). Sin embargo, los avances en otras ciencias proporcionaron a todas las actividades relacionadas a la salud; incluida la enfermería, la posibilidad de mejorar en las personas un mayor nivel de bienestar basado en el conocimiento.

La misma autora, nos relata que el pastor protestante Theodor Fliedner, creador del Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth en 1836, consideró necesario que la formación de enfermeras debía ser por otras enfermeras, el caos y la desorganización de los cuidados de enfermería existentes en esa época, exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Años más adelante, Robinson (citado por Hernández 1996), señala que el libro *Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing)*, publicado por Florence Nightingale en 1859, tras sus experiencias en la guerra de Crimea, marcó un momento especial para la profesión, propiciando su formalización, se inauguró en 1860 la *Nightingale Training School for Nurses* (Escuela

Nightingale de Formación para Enfermeras), constituyéndose en una institución educativa independiente financiada por la *Fundación Nightingale*. (p 11-13)

La propuesta básica del proyecto consideraba que las enfermeras, formasen a las estudiantes de enfermería, desarrollando programas específicos de formación, incidiendo en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extra hospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud, tanto del individuo como de las familias.

El pensamiento Nightingale, le dio una nueva directriz a la enfermería, iniciándose la *ciencia del cuidado del ser humano*, diferenciándose lo que era medicina de enfermería, desde el punto de vista de que la enfermería situaba al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él en un ambiente limpio libre de agentes patógenos.

En Estados Unidos (EE UU), según Donahue (citado por Hernández 1996) el primer texto sobre enfermería fue publicado en 1885 por la señora Clara Weeks Shaw, y la primera revista nacional fue *The Trained Nurse and Hospital Review* que apareció en 1888. Posteriormente, Mrs. Benford Fenwick fundaría el *Consejo Internacional de Enfermeras*, la más antigua de todas las organizaciones internacionales para trabajadores profesionales. En sus inicios, para ejercer la Enfermería en EE UU debían cumplirse mínimas normas educativas, pero a medida que la demanda de enfermeras crecía, se establecieron más escuelas de Enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

Cárdenas (2011) refiere que los médicos se percatan de la necesidad de contar con la asistencia de otras personas que cuiden a los pacientes, impulsando, entonces la creación de la primera escuela de enfermería en 1903 en México en el Hospital San Andrés estableciendo las bases de la enfermería, y a pesar de la enseñanza de las enfermeras, seguían los lineamientos indicados por ello, lo que probablemente limita el campo de

conocimiento de la profesión de enfermería, porque a los médicos les queda claro que su ámbito de competencia no es el cuidar, sino curar.

En España, las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el “Titulo de Enfermera” hasta 1915. En 1917 se crean las primeras Escuelas Oficiales de Enfermeras reconocidas por el ministerio de Educación. Iniciándose paulatinamente la profesionalización e integración de las Escuelas de Enfermería. García y Martínez, profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería de La Paz en la Universidad Autónoma de Madrid han dividido la evolución histórica de los cuidados enfermeros en cuatro etapas: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. (García, C. y Martínez, M. 2001).

La Etapa Doméstica abarca los Tiempos Remotos, las Sociedades Arcaicas Superiores, los cuidados centrados en el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La labor la desempeña la mujer, como madre de familia y como responsable de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y adecuadas prácticas de alimentación y vestido.

La Etapa Vocacional comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

La Etapa Técnica engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición

de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos.

La Etapa Profesional, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual.

Con la Segunda Guerra Mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. En España, en 1953 se unifican los estudios de auxiliares sanitarios siguiendo el modelo de especialidades médicas con el objeto de proporcionar mayor formación pos básica a las profesiones de *matronas, practicantes y enfermeras*, de modo que las matronas pasan a ser una especialidad, promoviéndose el Diplomado Universitario en Enfermería.

En EE UU, en la Universidad de Indiana en 1922, se fundó el Sigma Theta Tau, organización que promueve la investigación y dirección en Enfermería, sus miembros son seleccionados por sus logros académicos, calidad profesional y liderazgo, figurando desde estudiantes hasta dirigentes de la Enfermería Comunitaria. Este hecho histórico inició el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria a la Enfermería, como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario, reconocimiento científico y académico, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos.

El estudio y análisis científico de las profesiones ha sido desarrollado tradicionalmente en el seno de la Sociología de las Profesiones. En esta disciplina que toma como unidad de análisis u objeto de estudio el grupo ocupacional una de las corrientes que ha tratado de caracterizar sociológicamente las distintas profesiones ha sido el enfoque estructural funcionalista, el cual agrupa una serie de trabajos e investigaciones deudoras de la concepción funcionalista de las profesiones elaboradas por Talcott Parsons en 1954. (Medina, 2010)

Desde esta perspectiva se entiende que las profesiones poseen rasgos y características propias desarrollándose en función a las necesidades de una sociedad, por lo tanto identificar los atributos que distinguen las profesiones de otras ocupaciones y que las diferencian entre ellas.

De todos estos rasgos emerge una de las propiedades que sirven para distinguir aquellas ocupaciones que han devenido profesiones de aquellas que no: la autonomía y el autocontrol profesional independiente; con criterios propios para la admisión, certificación y validación en y de la profesión. Los procesos históricos de disyunción entre la producción y la aplicación del saber sobre la salud y la enfermedad han convertido a la enfermera en una mera aplicadora de saberes en cuya génesis poco o nada ha tenido que ver, es decir lo han desprofesionalizado.

Sobre la profesión de Enfermería también se han realizado algunos estudios, donde se analizan algunos requisitos que establece la sociología de las profesiones, con el objetivo de reconocer las características del surgimiento y desarrollo de la profesión orientando el rumbo que seguirá para apoyar y fortalecer su progreso. Algunas enfermeras han tratado de establecer algunos criterios internos de la profesionalización, la Administración Regional de Murcia (2006), señala que Catherin Hall, identificó 12 características principales de una profesión:

- 1) Constituye un servicio a la comunidad,
- 2) Posee un cuerpo de conocimientos que busca acrecentar de continuo,
- 3) Se encarga de preparar a las personas que van a desempeñarla,
- 4) Establece sus propias normas,
- 5) Adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando,
- 6) Acepta la responsabilidad de proteger al público al cual sirve,
- 7) Trata de utilizar de manera económica (productiva) a las personas que la ejercen,
- 8) Busca el bienestar y la felicidad de quienes la ejercen,

- 9) Está motivada más por el compromiso con la causa a la cual sirve, que, por consideraciones de tipo económico,
- 10) Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos,
- 11) Convoca a la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar fines comunes, y
- 12) Se gobierna a sí misma. (p. 12)

Velandia-Mora (2011), menciona a Leddy y Pepper que en 1989, plantean categorías para evaluar la calidad de la profesión y están dadas por:

- 1) características intelectuales,
- 2) elementos prácticos,
- 3) servicio a la sociedad, y
- 4) autonomía.

Señalan que **las características intelectuales** están compuestas por tres elementos diferentes:

- conjunto de conocimientos que fundamenta la práctica de la profesión,
- educación especializada para transmitir el conjunto de conocimientos,
- el empleo del pensamiento crítico y creativo.

Los **elementos prácticos** están relacionados con:

- las habilidades especializadas que son esenciales para el desempeño de una función profesional única.

El **servicio a la comunidad**:

- exige integridad y responsabilidad en la práctica ética
- compromiso de toda la vida, que implica considerar a la enfermería como una profesión, no como medio de ganarse un pan.

La autonomía significa que los practicantes de una profesión controlan sus propias funciones en el ambiente de trabajo; implica

- independencia,
- disposición a correr riesgos y
- responsabilidad de los propios actos, así como
- autodeterminación y autorregulación. (Velandia-Mora, 2011)

En la actualidad, en Estados Unidos se ofrecen programas de doctorado en Enfermería: el doctorado académico y el doctorado en Ciencias de la Enfermería. Esto supone la consecución del máximo grado académico para la Enfermería en el contexto estadounidense. Asimismo, este "doble doctorado" supone exigencias académicas que configuran, sin duda, el conocimiento de Enfermería y la identidad profesional. Para pertenecer a la Academia Americana de Enfermería (*American Academy of Nursing*) es necesario haber realizado trabajos de investigación inéditos que supongan un aumento del corpus de conocimientos de Enfermería. Este hecho es análogo para todas las disciplinas científicas, así como para sus respectivas academias.

En el caso peruano, Zarate (1992), relata que la Enfermería transcurrió un lento proceso de cambio en la formación, a nivel asistencial, en la investigación y la perspectiva administrativa, sin embargo, la mayor complejidad de necesidades de los enfermos y los cuidados que precisan a las estancias hospitalarias, son las características estructurales, organizativas y funcionales, la demanda de recursos humanos en los Servicios hace que haya la necesidad de clarificación del objeto – sujeto del conocimiento y gestionar los recursos hospitalarios de forma más eficiente.

El año 1958 cobra vigencia histórica para la Enfermería Peruana porque se inicia la formación en el ámbito universitario (Universidad de Huamanga), en la que se objetiviza la racionalidad científica, tecnológica con gran soporte humanístico – ético, altamente comprometido con el desarrollo comunitario. Uno de los aspectos más importantes en la evolución de la enfermería en las últimas cinco décadas, es la definición de su rol y ámbitos particulares, con la aplicación del método científico en la práctica asistencial

de la enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Con la apertura del Programa Académico de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en 1965 se acredita la calidad de formación del profesional de enfermería a través de la doctrina, diseño y tecnología curricular dando un carácter multidimensional. A partir de 1984 se inicia la formación de enfermería a nivel universitario, obligando a las escuelas de enfermería a afiliarse a las universidades para sistematizar la educación, utilizando la planificación curricular en la reformulación de los currículos de enfermería, acorde a las necesidades de la población, de tal manera que los egresados pudieran intervenir en la solución de los problemas de la sociedad de manera científica y humana.

Es importante indicar que la aplicación de etapas del proceso de enfermería se constituye en un aspecto de exigencia obligado en el quehacer universitario; se consolidaron los aspectos *de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación*. Con ello el profesional de enfermería asume su liderazgo profesional, potencia su capacidad técnica, intelectual y capacidad de gestión, ya que el Proceso Enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad.

Con los crecientes cambios y exigencias tecnológicas surgen paradigmas de atención en el quehacer del enfermero, emergiendo las Teorías de Enfermería, elementos conceptuales y bases científicas que validan la Atención de Enfermería. También surge la necesidad de establecer parámetros, de estandarizar cuidados de enfermería a nivel de los Servicios de Salud, aparecen los protocolos, como herramientas de medición y elevación de calidad de atención de enfermería. Su aplicación en las entidades formadoras y servicios asistenciales se da entre 1985 y 1990.

En el ámbito clínico la Protocolización de la Intervención de Enfermería en todas las áreas clínicas como quirúrgicas, emergencias,

neonatología, psiquiatría y salud comunitaria, entre otras, se han constituido en pilares fundamentales de la atención directa, caracterizados por intervenciones de la atención directa, basadas en el conocimiento científico.

En las últimas dos décadas la educación de post- grado se ha incrementado en las universidades del país por considerarse esencial para una profesión en desarrollo que requiere de la producción de nuevos conocimientos en el campo y para contribuir a la transformación de la práctica. La educación de post- grado prepara al profesional para el dominio de la investigación, de la gerencia y docencia en enfermería. En el último quinquenio, se están desarrollando programas de especialización en las universidades con el propósito de perfeccionar a los profesionales con conocimientos y técnicas avanzadas preferentemente en las aéreas críticas, pediatría, gerencia y salud comunitario para lograr un profesional calificado para atención especializada de enfermería.

Paralelo al desarrollo educacional también comenzó a evolucionar la administración tradicional; en los últimos diez años los enfoques administrativos se preocupan por temáticas fluidas y flexibles, al administrador enfermero de hoy le preocupan asuntos como: comunicación, inteligencia emocional, adaptación, concertación, decisión, liderazgo, creatividad, trabajo en equipo y crisis entre otros muchos elementos.

Sin embargo, señalaremos que la evolución de la investigación en la profesión de enfermería es un talón de Aquiles ya que se evidencia carencia de lineamientos de políticas (Institutos de Investigación), escaso apoyo logístico y financiero, dificultades para la coordinación intra e intersectorial así como la deficiente organización del desarrollo de la práctica investigativa y limitaciones en el manejo del proceso de investigación cualitativa.

A pesar de ello, con el advenimiento de la formación universitaria se está logrando la producción de investigación a nivel del Pre- grado de

enfermería donde se viene desarrollando trabajos científicos. De igual forma a nivel de especialización y post- grados se desarrollan investigaciones con fuerte tendencia tecnológica, filosófica, epistemológica, con el firme conocimiento de que si enfermería tiene como derrotero acrecentar status profesional y debe pugnar por el continuo desarrollo de la ciencia de enfermería para su ejercicio.

2.2.2.- EL CUIDADO DE ENFERMERIA

a) Etimología de los Cuidados de Enfermería.

El término anglosajón "nurse" con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, "nutrire" (alimentar) y "nutrix" (mujer que cría). El término "enfermería" está relacionado con el de "enfermedad" (del latín "infirmitas") y define de forma más concreta la actividad del cuidador, aquellos relacionados con la supervivencia, cuidados para el parto, lactancia y crianza, así como a los cuidados de los enfermos.

Según la Real Academia Española "Campo" es el ámbito real o imaginario propio de una actividad o de un conocimiento. El "campo de la enfermería" es pues, como parcela de estudio del fenómeno humano y la sociedad en que se desarrolla. Campo que comparte con otras disciplinas. El "Objeto" es la forma particular de llevar a cabo dicho estudio, ello le confiere a la enfermería, identidad propia y la diferencia de otras disciplinas. (Siles, 1999)

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2011), la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la

investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Espino (1999), define la Enfermería como una disciplina que forma para pensar, pero también para actuar. Su cuerpo de conocimientos tiene como base los cuidados a la persona y está fundamentada en la prevención del daño o enfermedad y la participación del tratamiento.

Para Nightingale, el objetivo de enfermería es colocar a la persona en las mejores condiciones para mejorar y mantener su salud, Henderson la define como aquella profesión cuya única función es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Enfermería según la expresión metafórica de Dock- Stewart en 1925 es: “corazón, manos y cabeza - alma, habilidad y ciencia - se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”. Cimientos que hoy la profesión concibe como aspectos ético - legales, científico- técnicos y prácticos. “Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para ‘algo’, pero no todas sirven a ‘alguien’, entendiendo siempre que ese alguien se refiere al ser como individuo”, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. (Restrepo, 1997)

Desde esta perspectiva, el cuidado que brinda enfermería consiste en un quehacer integral, centrado en acciones y procedimientos que constituyen la rutinas de cuidado, acompañado de prácticas sanitarias, que combinan procedimientos propios de cada época, y servían para el tratamiento y alivio de los enfermos, esto llegó a formar parte de un saber acumulado por muchos años y ayudó a resolver muchos de los problemas mórbidos más frecuentes. De acuerdo con los desarrollos y avances en los

conocimientos de otras ciencias se empezaron a usar conceptos que permitieron apoyar y sustentar el quehacer de enfermería, logrando mayores niveles de eficiencia y de efectividad en el cuidado.

Estos desarrollos incipientes, lograron una incidencia importante en el manejo y el tratamiento de los enfermos, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud e implementando estrategias que ayudaron a contrarrestar las enfermedades, a explicar y comprender mejor las alternativas terapéuticas. Estas experiencias que enriquecieron el conocimiento y mejoraron las prácticas del Cuidado, formaron un nuevo personal mejor preparado para enfrentar los fenómenos relacionados con la enfermedad. (Daza, 2005 p. 59)

El avance y desarrollo de las prácticas de cuidado a través de la historia son productos de la labor asistencial y la investigación, generando diversos modelos y teorías alrededor de la práctica contribuyendo a esclarecer los conceptos de persona, medio ambiente, salud, enfermedad y enfermería, aportando desde diferentes perspectivas teóricas la consolidación de un cuerpo teórico de conocimientos que sustenta el quehacer profesional.

Sin embargo, en la actualidad se aprecia que el desarrollo de la enfermera aún está ligado a los objetivos médicos, donde la mayoría de las actividades de enfermería son sencillamente el cumplimiento de órdenes médicas y muy poco cuidado directo al paciente y sí mucho de administración del servicio.

Correa y otros (1997), realizó un estudio por el Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas en Colombia demuestra que a la enfermera le falta autonomía, trabaja bajo órdenes médicas, cambia la atención directa del usuario por el desempeño administrativo, poco análisis y fallas en la toma de decisiones. Además, muestra que estas personas pueden tornarse “insensibles” y que en su labor administrativa se “sienten

limitadas y opacadas”. La autora cuestiona: ¿Se justifican 4 ó 5 años de enseñanza aprendizaje para llegar a ser, hacer y sentir así?

Mudinger en 1994 después de realizar un estudio referido al tema, refiere que ha sido fácil concluir que: Cuando se ha medido la validez de los diagnósticos, la competencia en el manejo, la calidad y el costo, se demuestra que el desempeño de las enfermeras es equivalente o superior al ofrecido por los médicos”. (Orozco, 2005)

Bajo este patrón es lógico pensar que la enfermera tiene: mayor independencia y mejora su autonomía, se tenderá a un equilibrio entre administración y gestión, lo mismo sucederá entre el hacer y el pensar. Sin embargo, se tenderá más a tratar que a cuidar y obviamente manejará primordialmente enfermos. En relación con su identidad, un reciente estudio refleja una débil identidad de enfermería. (Orozco, 2005)

Las situaciones señaladas, no son actuales son situaciones que aparecen a lo largo de la historia de enfermería. Las enfermeras desde sus más remotos inicios siempre han cuidado tanto al sano como al enfermo, pero ese quehacer ha evolucionado para ser más científico, para dar más autonomía, independencia e identidad a la profesión, es decir para que la enfermería sea “única” y que además contenga el fundamento teórico (conocimientos) de ese quehacer (praxis).

Esta situación se dará cuando la enfermera se reconozca en su contexto social, económico y político, cuando participe activamente en el diseño y ejecución de políticas de salud, cuando logre el reconocimiento social como profesional que cuida la salud, y no como ayudante del equipo de salud, cuando comprenda al ser humano como ser individual y particular, cuando haga uso del método científico y el pensamiento crítico en el cuidado ofrecido a la persona, familia y comunidad dentro de su entorno dinámico, real y cuando comprenda que SER enfermera es ser alguien especial.

2.2.3- ENFERMERÍA Y EL CONOCIMIENTO CIENTIFICO

La Enfermería se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más, toda consolidación, debe ir respaldada por una teoría, que le da sentido y metodología, así como por una práctica, que la hace útil y funcional. Una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente, y se aplican mediante un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

La investigación es el proceso principal, a través del cual se arriba al conocimiento científico. Permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis en un proceso continuo de desarrollo. La investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, es, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías. Muchos autores plantean que la práctica es la base y el criterio de la verdad por ello el profesional de enfermería debe utilizar en sus investigaciones los hallazgos de su propia práctica clínica (experiencia), pues la práctica debe verse como la fuente del conocimiento. (León, 2006)

La ciencia se encuentra estrechamente ligada a la sociedad y es en ella que aparece el arte como actividad social que refleja los fenómenos estéticos que se encargan de expresar lo que hay de bello, de armónico en la naturaleza y en la sociedad. En su relación con la ciencia el arte expresa lo general, lo que es común a muchos a través de lo singular. Se plantea que la ciencia con respecto al arte representa lo general, no individualizado, no concretado sino mediante conceptos, categorías, principios, hipótesis, leyes y teorías. La ciencia no puede ser analizada sin relacionarla con la práctica: la técnica. (Puga y otros 2010).

En comparación con otras ciencias en fase de desarrollo, la enfermería se halla en las primeras etapas de la evolución científica. Hasta las postrimerías de la década de 1950, la utilización del término ciencia de la enfermería en la bibliografía especializada era poco frecuente. Entonces se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio de la enfermería era “inadecuada e incompleta” y que el desarrollo de una base científica para la práctica profesional en este campo era una prioridad de máxima importancia.

Meleis, clasificó los años de evolución de la enfermería en cuatro grandes fases:

- 1) ejercicio profesional,
- 2) educación y administración,
- 3) investigación
- 4) desarrollo de teorías de enfermería.

Así pues, Carper dio forma en 1976 a cuatro conceptos fundamentales en el campo de la enfermería.

- Conocimiento empírico (Ciencia de la enfermería)
- Conocimiento estético (Arte de la enfermería)
- Conocimiento moral (Ética de la enfermería)
- Conocimiento personal (Uso terapéutico del yo)

La concepción del cuidado como un proceso productivo que debía descomponerse en fragmentos mínimos recogidos en los NIC/NOC o la masiva irrupción y legitimación de sistemas de cuidado estandarizados que indicaban las acciones a desarrollar hasta el más mínimo detalle, son un claro ejemplo de esos procesos de disyunción. Todo ello ha producido una exclusión de la enfermera profesional de las funciones conceptuales y de planificación de su actividad y ha mermado, por tanto, su capacidad de control quedando reducida su función a la de simple ejecutora de acciones que otros conciben.

a) MISION Y VISION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO.

La ***misión*** de la enfermería es cuidar, concretamente cuidar la vida, vida que se da con episodios de salud enfermedad. Por lo tanto, su misión se concibe en cuidado de la vida de las personas que cuidan, pero también de la vida que viven las enfermeras. Por lo tanto, se puede singularizar que el cuidado se refiere a la ayuda a los seres humanos a satisfacer sus necesidades de salud, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, cuidando de la curación y la rehabilitación de la persona cuando ha perdido su salud, buscando su independencia a fin de contribuir a su pronto retorno a la sociedad como elementos útiles y productivos, en condiciones de valerse por sí mismos.

Para Espino (1999), la enfermera no cura, la enfermera cuida, de allí que la enfermera debe tener un gran conocimiento de la persona y el medio ambiente en el que viven, ya que existe una relación estrecha entre ambos y del equilibrio que ellos alcancen depende la salud base del desarrollo humano y social. Pues sin salud no hay desarrollo.

Para cumplir su Misión la enfermera debe establecer la interacción con la persona que cuida, acción psicodinámica que le permitirá identificar la necesidad de salud sentida y no manifiesta, a la vez que presta el cuidado adecuado para satisfacerlas. Así mismo, la enfermera utilizará el método científico en la prestación del cuidado y debe evaluar permanentemente su cuidado para que pueda reformularlos en base a los logros obtenidos y las modificaciones del entorno.

La preparación científica y técnica le permitirá identificar necesidades del paciente y para poder satisfacerlas, colocará al paciente en una situación de cooperación para su tratamiento. Muchas enfermeras aún limitan su función al apoyo del personal médico en el diagnóstico y tratamiento desde el punto de vista de la curación, dejando el cuidado de las personas al personal técnico o de la familia que no tiene la preparación adecuada, derivando este comportamiento a la baja valoración que a veces la sociedad

da a la enfermera y la consideración de algunos profesionales que solo las ven como colaboradoras.

La **visión** de la enfermera debe estar basada en el significado que le dan a la profesión, basado en un marco teórico y filosófico del Cuidado de Enfermería, esta visión debe estar acorde con el contexto político, económico y social y debe redefinirse de acuerdo a las necesidades que se presenten en nuestro país. Por ello es importante que líderes enfermeras organicen periódicamente actividades científicas, donde se definan aspectos inherentes a la enfermería para ser explicitadas, discutidas y apropiadas para todas las enfermeras, solo así, se podrá alcanzar que las enfermeras hagan esencialmente enfermería.

Tener clara la misión permitirá que las enfermeras se reconozcan entre si y tener clara la visión permitirá ver hacia el futuro y caminar con firmeza hacia el logro del progreso de la enfermería.

Desde ese punto de vista, para Meza-Benavides (2006), toda disciplina científica, y las que tienen una fuerte relación con la atención de las personas, requiere, constantemente, hacer un alto para analizar el camino recorrido y plantearse una vía congruente sobre lo que la sociedad espera de ella y las expectativas que las y los profesionales poseen de sí mismos. La revisión de la práctica y la reflexión teórica sobre el conocimiento en Enfermería están estrechamente relacionadas, porque la disciplina es esencialmente práctica, pero no puede existir una práctica sin la reflexión teórica.

A partir de las últimas décadas, varias sociedades de enfermeras y enfermeros en el mundo reflexionan sobre la Enfermería. Países como Estados Unidos, Canadá, España y varios de América Latina han avanzado notablemente en el estudio de la Enfermería, lo cual ha resultado en una nueva visión de esta disciplina y ha revolucionado el pensamiento enfermero. Las diversas concepciones de profesión y del profesional de la enfermería denotan profundas diferencias que dotan de una particular

complejidad y problematicidad al campo, definido como el conocimiento disciplinar. En ese sentido, Medina refiere que:

“... definir el conocimiento disciplinar como problemático supone que se le reconoce su condición de provisional y plural, ambiguo y limitado en sus posibles respuestas. Su valor reside en la posibilidad que nos ofrece de indagar la realidad para que nos ayude a desarrollar formas más profundas y críticas de comprensión. El conocimiento que se sabe problemático es crítico y con ello quiero decir que pone en cuestión tanto la forma en que se presenta la realidad como a sí mismo. Es decir, acepta que se halla en dependencia constante de unos marcos de interpretación que pueden ser sometidos a crítica y objeto de transformación. Un saber que problematiza y cuestiona la realidad que indaga pero que, al mismo tiempo, se problematiza a sí mismo al cuestionar las bases sobre las que se asienta”. (Medina, 2010)

2.2.4. FILOSOFIA HUMANISTICA Y ENFERMERIA

La Teoría Humanística, se caracteriza por el proceso de relación enfermero - paciente dentro de una transacción intersubjetiva que brinda la posibilidad de que ambos participantes se relacionen y se enriquezcan de forma recíproca, a través de un diálogo vivo y auténtico. El estar con, o estar ahí, es una relación que requiere la presencia activa de la enfermera, es decir, estar atenta para brindarse aquí y ahora, comunicando así su disposición, involucrando el estar presente, lo que se constituye en una llamada y una respuesta.

Las teorías de Imogene King, Martha Rogers, Nancy Roper, Hildegard Peplau, y Neuman, J. Watson, se originaron bajo la influencia de la filosofía fenomenológica de Heidegger, además, todas las teorías existentes de enfermería tienen un enfoque en las teorías de las necesidades, del desarrollo e interpersonales y del existencialismo filosófico. (Marriner 1994)

Enfermería como Arte y Ciencia del cuidado, refleja la Filosofía Existencialista, en la segura convicción de la enfermera de cuidar a un ser humano incapaz de hacerlo por sí mismo, al mismo tiempo que se le conoce y se hace que se conozca así mismo por técnicas de auto cuidado. Heidegger manifiesta: “La ciencia es un hacer del hombre, es decir, algo que tiene el modo de ser del hombre que la hace, el hombre como SER arrojado a la Existencia. Ser que existe en el mundo y actúa sobre las cosas que tienen, sin olvidar su estado contingente y finito, así el paciente es, simplemente, el hombre finito lanzado a una existencia incierta y sin sentido, sosteniéndose sobre la nada, y abocado fatalmente a la muerte. (Cáceda 2008)

A través del existencialismo, los individuos tienen la posibilidad de escoger la dirección y el significado en sus vidas. Es un enfoque filosófico que permite la comprensión de la vida, de la dimensión del ser humano; donde el existir es considerado una dimensión primaria. -Se identifica al individuo como un ser con capacidad de auto-percepción, con libertad y responsabilidad. Tanto la fenomenología como el existencialismo valoran la experiencia, las capacidades del hombre para enfrentar lo inesperado, el conocimiento y su capacidad de enfrentar lo nuevo.

Basados en estos conceptos, para Orozco (2005), enfermería va más allá de una relación unilateral sujeto-objeto, de acuerdo con este proceso de relación, el enfermero debe conocer a cada hombre como una existencia singular, de forma individual, con su historia particular, con sus experiencias, aceptando su modo de vida y el de su mundo, para poder brindarle ayuda. La práctica de la enfermería no se centra únicamente en el bienestar de la persona, sino en su existir, ayudando al ser humano en este momento particular de su vida.

La filosofía de las enfermeras respecto a la enfermería es de vital importancia para la práctica profesional. La filosofía comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye también una búsqueda de

conocimientos. *El sistema de creencias y la comprensión determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar.* La enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia y elementos de la filosofía como objeto de elaborar una filosofía personal de enfermería.

En términos generales se acepta que la filosofía abarca tres elementos: preocupación por el conocimiento, los valores y el ser, o las creencias que tiene el individuo sobre la existencia. En todos estos aspectos, la filosofía emplea como método los procesos intelectuales. El conocimiento es importante para la enfermería porque ésta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y en el método científico.

La importancia concedida a los valores es esencial para la enfermería porque las enfermeras efectúan de manera constante declaraciones de actitud, preferencias y valores conforme se comprometen en la relación que existe entre ella y el paciente. La Enfermera debe visualizar a su profesión como una disciplina científica, que se preocupa por el bienestar de la sociedad, la comunidad, la familia y el individuo; que posea un sistema de creencias y valores que revelen su firmeza ética y su liderazgo tanto en su vida privada como pública permitiéndole crear nuevos sistemas de pensamiento para dirigir la práctica, la investigación, la gerencia y la educación de Enfermería. Según Torrecilla (2007) los profesionales deben tener presente en su quehacer diario algunos elementos filosóficos, que son:

- Esfera del Conocimiento

La enfermera (o) dentro de su profesión debe tener amplios conocimientos acerca de la concepción del mundo, la sociedad y sus componentes, la formación económico social, en que se encuentra realizando su labor; pues de esta forma podrá conocer cuál es la creencia fundamental sobre el individuo y su potencial creador dentro de este marco o contexto histórico social. Debe conocer profundamente su profesión, su base científica y el método científico en el que se sustenta con sus bases

conceptuales y teóricas, para poder diagnosticar y resolver necesidades afectadas y problemas de salud del individuo.

- Esfera de los Valores

Desde el punto de vista ético el profesional de Enfermería además de conocer sus deberes y derechos, debe tener en cuenta los del individuo y las familias que atiende cuando estos soliciten o requieran sus servicios, por lo que no debe olvidarse nunca de los principios de “NO DAÑAR”, “SER JUSTO”, “CUIDAR LA INDIVIDUALIDAD”, “CUIDAR LA AUTONOMIA” y no dejar de “INFORMAR” adecuadamente al individuo y la familia ante cualquier proceder que se realice. Es su deber estar dispuesto a dar todo de sí a favor de los seres humanos donde quiera que estos necesiten sus servicios; definiendo lo correcto e incorrecto, tomando decisiones y realizando las tareas que le corresponden dentro de su campo de acción.

Por otra parte, debe conocer ser sensible ante el dolor, el sufrimiento y la muerte para poder aliviar éstos correctamente y proporcionar una atención adecuada para una muerte digna del individuo; así como preparar a sus familiares para afrontar esto con dignidad y respeto, como profesional debe saber cuidar la integridad, autonomía y libertad del individuo, familia o comunidad, así como guardar el SECRETO PROFESIONAL.

- Esfera del Ser (ser social)

Basándose en la premisa de la preocupación de Enfermería sobre la interacción de los seres humanos con el medio ambiente que los rodea, buscando alcanzar el equilibrio y bienestar, se relacionan entre sí por medio del lenguaje verbal y gestual, intercambiando vivencias en este proceso de la vida que evoluciona dialécticamente a lo largo del tiempo y el espacio. Es por ello, que un profesional sea capaz de actuar sobre el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente teniendo presente estos aspectos para garantizar el perfecto estado de equilibrio entre ellos y por ende de su salud que interactúan con el medio ambiente. Producto de esta visión, se debe

considerar al hombre como ente biológico, fisiológico y anatómico, con sus sentimientos, actitudes y hábitos.

2.2.5. LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERIA.

Toda disciplina científica y, las que tienen fuerte relación con la atención de las personas, requiere constantemente de analizar el camino recorrido y plantearse una vía congruente de lo que la sociedad espera de ella y las expectativas que las y los profesionales poseen de sí mismos. La revisión de la práctica y la reflexión teórica sobre el conocimiento en enfermería están relacionados estrechamente, porque la disciplina es esencialmente práctica, pero no puede existir práctica sin reflexión teórica. (Meza-Benavides, 2006).

En la práctica profesional de la enfermería, los cuidados de la salud son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de su quehacer: Son actividades y actitudes humanas que refuerzan la autonomía de los sujetos y permiten su desarrollo individual, pero también son actos sociales de reciprocidad, que se extienden a quienes temporal o definitivamente requieren de ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esta práctica de Enfermería es todo un arte: El arte del cuidado, la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.

Una concepción simplificada de la práctica del cuidado y del conocimiento profesional de la enfermera. Al dejar al margen la complejidad que genera el contexto concreto donde la enfermera desarrollará su trabajo, así como la experiencia acumulada por las enfermeras profesionales y centrarse en la formulación de soluciones estandarizadas, abstractas y apriorísticas, los programas de formación inicial

asignan una certidumbre a la práctica del cuidado de la que realmente carece.

Para Medina (2010) ante el enorme auge actual de la formación basada en competencias cabría traer a colación para no dejarnos deslumbrar por ciertos cantos de sirena las evidencias que arrojan los estudios sobre el conocimiento profesional de la enfermera y más concretamente dos de sus líneas más prometedoras: el estudio del conocimiento práctico y los estudios que comparan el proceder de enfermeras debutantes con el de las expertas. Los resultados de estos estudios estarían indicando que el movimiento de competencias y la estandarización de la práctica profesional son intentos cuando menos problemáticos porque asignan al ejercicio profesional una previsibilidad de la que carece.

Trabajos empíricos realizados en esta área de investigación indican que los problemas con los que se enfrentan las enfermeras profesionales se presentan de manera ambigua, poco clara y difícilmente pueden ser definidos de manera objetiva. El problema no es externo o independiente de la situación en que surge. Dada la ambigüedad, turbulencia y multidimensionalidad de la misma, la enfermera no percibe, inicialmente con claridad los límites y las características del problema.

Los estudios realizados por Patricia Benner (Carrillo, 2013), sobre el conocimiento práctico y el conocimiento experto de las enfermeras indican, que las expertas lo son en tanto en cuanto “se saltan el protocolo o la norma del cuidado”. ¿Saben ustedes quién en realidad no se salta jamás el protocolo? La enfermera debutante, porque para ella es imposible. Dada su escasa experiencia no tiene otro recurso que los procedimientos abstractos y apriorísticos que dominan su actuación.

Las personas sanas o enfermas presentan patrones que las enfermeras expertas aprenden a reconocer de modo inmediato y global. Este juicio experto es altamente intuitivo y se muestra en forma de manifestaciones vagas e imprecisas. Se basa, en parte, en una amplia experiencia de datos procedentes en su mayoría de impresiones difícilmente articulables.

Por ejemplo, una enfermera “sabe” que ese paciente tiene dolor o que este otro no está siendo sincero en la entrevista de evaluación, pero no puede evidenciarlo. En contraste con esta visión de los esquemas de reconocimiento, el enfoque de la simplicidad propone un esquema de reconocimiento como “check list”, donde la enfermera debe comparar una serie de características que mantiene en la memoria con las características presentadas por el paciente.

Por otro lado, las rutinas de valoración basadas en listados de observaciones no son efectivas en casos que requieren observaciones individuales y contextualizadas. La enfermera experta ya no necesita de un modelo formal y descontextualizado para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea.

La enfermera que posee ya un enorme bagaje de experiencia, capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin malgastar el tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos y soluciones improcedentes a las que las obliga la dependencia de procedimientos formalizados. Es decir, aunque las enfermeras expertas pudieran reconstruir la lógica de sus acciones, éstas se basan en una lógica en “uso” de funcionamiento cualitativamente distinto a aquélla que dirige los procedimientos formalizados y que son propias de las debutantes.

Todos estos trabajos supondrían un serio desmentido a ciertas lecturas reduccionistas del enfoque de competencias pues indican que la

maestría profesional no puede traducirse automáticamente en descripciones conductuales o en reglas para la acción. Es decir, el virtuosismo profesional, por definición, no puede ser totalmente formalizado ni codificado en competencias apriorísticas.

2.3.- MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

2.3.1.- TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

El trabajo de Watson, se ha considerado una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco, una teoría. (Watson, 1996). Para desarrollar su teoría, Watson define teoría como:

“un grupo imaginativo de conocimientos, ideas y experiencia que se representa simbólicamente y busca iluminar un fenómeno dado” y “la ciencia humana es una teoría porque me ayuda a ver mejor, claramente”

Los principales conceptos de Watson incluyen 10 factores de cuidado y la relación entre curación transpersonal y cuidado transpersonal, el momento de cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades del cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos/conciencia unitaria. Watson desarrolló los factores de cuidados hacia un concepto estrechamente relacionado, *caritas*, palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, sino una atención afectuosa”.

Factores del Cuidado propuesto por Watson:

1. Formación humanista-altruista en un sistema de valores; que supone actuar con amor, donde el profesional evolucione en su desarrollo moral, que le ayuda a comprender los sistemas morales ajenos.
2. Incorporación de la fe – esperanza; comprende el respeto a las creencias profundas y subjetivas del otro para ser cuidado.

3. El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros; para Watson el ser humano es ser sintiente.
4. El desarrollo de una relación de ayuda y confianza. Se debe establecer una relación de confianza, aceptando sentimientos positivos y negativos con apego a la verdad.
5. La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos. Inherente a una relación de ayuda y de confianza.
6. El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial. Se requiere usar la creatividad para ejercer el arte de cuidar.
7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. Espera que el usuario sea partícipe activo del estado de su salud y a tomar las decisiones para mantenerla, recuperarla, mejorarla.
8. La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural. Se refiere a un entorno favorable, diferenciando lo externo de lo interno.
9. La asistencia con la gratificación de necesidades humanas. Satisfacer las necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional.
10. El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales. Espera la comprensión de las personas de cómo entiende una situación ayudándolo a entender el fenómeno en cuestión.

Para Watson, es importante unir las ciencias con las humanidades, para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual. Cree que el estudio en humanidades amplía la mente y mejora las habilidades del pensamiento y el crecimiento personal. Recientemente esta autora, ha planteado afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal:

- El compromiso moral, la intencionalidad y conciencia de la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la

curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o co-crear su propio significado de la existencia.

- La voluntad consciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva, y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y la desesperación, biológica, institucional o de otro tipo.

Watson, citado por Rivera, ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. En su “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. (Rivera, 2007).

Por lo tanto, el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. Las discrepancias en enfermería entre la teoría y la práctica son bien conocidas. Para reducir esta dicotomía Watson propone una filosofía y una ciencia de la asistencia. Considera la asistencia como la esencia del ejercicio profesional de la enfermería. Es más un ideal moral que una conducta orientada hacia el trabajo e incluye los aspectos más evasivos de la razón real de la asistencia y las relaciones transpersonales entre la enfermera y el paciente. (Urra, 2011)

2.3.2. INTERACCIONISMO SIMBOLICO

El **Interaccionismo simbólico** (IS) es una de las corrientes de pensamiento micro sociológico, que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación y que ha influido enormemente en los

estudios sociales. El Interaccionismo simbólico se sitúa dentro del paradigma interpretativo. Éste, analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes. Este paradigma concibe a la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado.

Antecedentes del Interaccionismo Simbólico

La Escuela de Chicago representado por Cooley, Lippmann, Park, Mead y Blumer, surge en EE.UU. durante los años 20 en un contexto de aparición de la opinión pública moderna, el desarrollo de las tecnologías de la información, el sistema democrático y la inmigración europea. Ellos estudian la comunicación como un hecho social significativo y muestran un considerable interés por la opinión pública. Los objetos de estudio más significativos de esta escuela son la Ecología humana, la relación individuo-comunidad y la interpretación como factor fundamental en la comunicación.

El interaccionismo simbólico (IS) es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico o interpretativo. Trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social. Según Williams en 1999, el interaccionismo simbólico se puede considerar como la escuela más influyente y exitosa de sociología interpretativa. (Martínez, 2010)

La ideología fundamental del interaccionismo simbólico, tanto teórica como metodológica, fue estructurada por Herbert Blumer señalado en los años 1954, 1966 y 1969, con su amplia influencia, a través de la docencia, en las universidades de Chicago y Berkeley.

En general, la reflexión de los interaccionistas simbólicos –como la de cualquier autor que considera la mente humana como una dotación cuya naturaleza es esencialmente hermenéutica (Heidegger, 1974), define el análisis de la acción humana, de cualquier acción humana, como “una ciencia interpretativa en busca de significado, no como una ciencia

experimental en busca de leyes”. Geertz llega incluso a decir que “el hombre es un animal suspendido en redes de significados que él mismo se ha tejido”. Sin embargo, esta orientación *constructivista* no es necesariamente *antirrealista*, es decir, uno puede sostener razonablemente que los conceptos e ideas son inventados por el ser humano, y, no obstante, mantener que estas invenciones corresponden a algo en el mundo real.

El *IS*, es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto es, a la comprensión de actores particulares, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares (Schwandt, 1994). De da aquí una gran similitud con el significado que Weber y Dilthey dan al término *Verstehen* (comprensión). (Martínez, 2010)

En conclusión, el interaccionismo simbólico, es capaz de dar cuenta del sujeto, de cómo concibe lo social en el marco de la interacción simbólica de individuos, y concibe la comunicación como el proceso social por antonomasia, a través del cual, se constituyen simultánea y coordinadamente, los grupos y los individuos.

El individuo no nace siendo persona; según Mead (Doménech, Iñiguez, y Tirado 2003), la persona se forma socialmente al momento que logra observarse a sí misma como un objeto, es decir, cuando logra un pensamiento reflexivo sobre sí mismo. A través de la comunicación es que la persona puede salir de sí, pues la comunicación supone asumir la postura de la otra persona con la que se está hablando y desde ésta mirarse uno mismo. El interlocutor es un espejo en el cual se observa la propia persona, de esta manera logra salirse de su propio organismo y mirarse como objeto.

A partir del yo social autoconsciente de Mead se desarrolla el *self* *especular* como el sujeto con capacidad de interactuar consigo mismo, de convertirse en objeto de su atención, forjando así una imagen coherente de

sí mismo (sus intereses, expectativas, ideas, sensaciones, sentimientos, etc.) que pone en interacción con otros.

Desde el punto de vista metodológico o de investigación, el estudio de la acción debe hacerse desde la posición del actor. Puesto que la acción es elaborada por el actor con lo que él percibe, interpreta y juzga, uno tiene que ver la situación concreta como el actor la ve, percibir los objetos como el actor los percibe, averiguar sus significados en términos del significado que tienen para el actor y seguir la línea de conducta del actor como él la organiza: en una palabra, uno tiene que asumir el rol del actor y ver este mundo desde su punto de vista.

Blumer, (1969) puntualiza, además, que el IS se apoya en tres premisas básicas que constituyen su enfoque metodológico:

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos.

2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos; es más, al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos.

3. Estos significados se establecen y modifican por medio de un *proceso interpretativo*: “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción”.

De estos tres presupuestos básicos, se desarrollan las formas definitivas metodológicas del IS como perspectiva, ya sea en relación al actor social y a la interacción, como en lo relacionado con la organización social. La interacción simbólica es importante y puede en muchos casos llegar a reemplazar la comunicación verbal o a reemplazar palabras, estos

símbolos pueden ser llamados también gestos que se usan para comunicarse. Muchos lo usan como palabras claves, y diferentes grupos sociales tienen símbolos entre ellos al expresarse, muchas veces solo determinados grupos que vivieron determinada etapa o momento reconocen con facilidad símbolos y son usados frecuentemente por estos miembros o amigos.

La suma de la interacción simbólica y la comunicación verbal ofrece una completa comunicación entre receptor y emisor. En muchos casos se utiliza sólo la interacción verbal mas no la simbólica y el mensaje que emite el emisor puede llegar a ser confuso para el receptor, ya que influye mucho cualquier tipo de gesto facial o de interacción simbólica que el emisor proyecte, éste puede llegar a influir al mensaje de manera equivocada muchas veces, y no se logra la comunicación ni el mensaje adecuado.

Schwandt en 1994 define que el proceso de la interpretación de los actores se vuelve inteligible no solo por la descripción de palabras y hechos, sino tomando aquella rica descripción como un punto de partida para formular una interpretación de lo que son realmente los actores (Martínez, 2000).

Para el presente estudio, a través del marco interpretativo del IS se buscará comprender el significado del mundo de la realidad vivida de los actores particulares, en este caso de la enfermera, considerando que este significado lo establece y modifica por medio de un proceso interpretativo.

Se considerarán los siguientes aspectos:

- La asignación de símbolos.
- Significado del lenguaje
- Interacción social.

Estas premisas permitirán descubrir el significado que tiene para las enfermeras, determinadas acciones relacionadas a su profesión.

CAPÍTULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA

“La investigación cualitativa trata de identificar básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamientos y manifestaciones” (Martínez, M, 2006 p.66)

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, método de estudio de la Teoría Fundamentada en Datos. El análisis de los datos se realizó mediante el Modelo Paradigmático considerando las categorías causales, el contexto, las condiciones intervinientes, las acciones / estrategias y las consecuencias del fenómeno. Obtenidas las categorías, se realizaron conexiones entre ellas y las subcategorías finalmente nos permitieron identificar el fenómeno central.

Las etapas de la investigación siguiendo la teoría fundamentada descrita por Strauss y Corbin (2002). Son cuatro:

1. Selección de la pregunta de Investigación. La propuesta de preguntas tópicos que guiarán la entrevista.
2. La Recopilación De Datos. - Después de la adquisición, los datos deben ser organizados, mediante la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva.

3. Los Datos de Codificación. - Se realiza un flujo de la fase de codificación selectiva, el investigador trata de validar todas las relaciones en el modelo a través de pruebas de campo.

4. Validación de la Línea de la Historia.

El desarrollo de estas etapas permite construir un Modelo Teórico considerando las categorías causales, el contexto, las condiciones intervinientes, las acciones o estrategias y las consecuencias del fenómeno, de donde emergerá una categoría central. Según Strauss y Corbin, los datos deben ser representados como un conjunto de conceptos interrelacionados y no solo como una simple enumeración de temas.

La Teoría Fundamentada en Datos (TFD) es un método de investigación cualitativo e inductivo que a través de los conocimientos obtenidos a partir de resultados encontrados, analizados, comparados sistemática y simultáneamente, pretende la generación de teorías, parte básicamente del Interaccionismo Simbólico que trata de comprender la realidad a partir del conocimiento, de la percepción o del "significado" que tiene para la persona un hecho cotidiano, a su vez la interacción con otros individuos, la comprensión, el sentido y significado que le otorgan a situaciones comunes.

Barney Glaser y Anselm Strauss (2002) a inicios de los años 60 desarrollaron la TFD, realizando investigaciones sobre el mundo de la vida de los individuos, exploraron la riqueza y la diversidad de la experiencia humana, primando la generación de nuevos conocimientos. La TFD ha sido utilizada para generar teorías de pequeño y medio alcance porque se fundamentan en observaciones del mundo real.

Para Soares y otros (2010), la TFD busca perspectivas o explicaciones al objeto estudiado, con el objetivo de identificar, desarrollar y relacionar conceptos, que son características propias de toda teoría, siendo elaboradas a partir del raciocinio inductivo y deductivo o por la combinación de ambos.

Una particularidad de la TFD es que los datos se examinan apenas se obtienen, iniciando su codificación, categorización, conceptualización y se escribe las primeras reflexiones, por lo tanto, la recolección y el análisis de los datos ocurren en simultáneo, con una comparación constante que hace posible elaborar y perfeccionar categorías relevantes que, en todo momento, son comparadas con los hallazgos obtenidos, además se puedan determinar elementos comunes y variaciones que permiten la elaboración de la categoría central.

3.1.2 MODELO PARADIGMÁTICO SEGÚN LA PROPUESTA DE STRAUSS Y CORBIN.

En la TFD, la Teoría es definida como la construcción de una explicación acerca de un fenómeno, que se realiza estableciendo relaciones entre conceptos y que permiten formar las categorías que son sustraídas o emergen de los datos, además se construyen conceptos partiendo del mundo real que se interrelaciona a través de un cuidadoso trabajo teórico de abstracción para llegar a la teoría o la nueva explicación acerca del fenómeno. (Minayo, 2007)

La relación de las subcategorías con las categorías, se les asocia bajo un modelo paradigmático. Este modelo posibilita pensar sistemáticamente sobre los datos, así como relacionarlos de manera compleja, buscando densidad y precisión.

El Modelo Paradigmático propuesto por Straus y Corbin, parte de cinco conceptos estructurales: contexto, condición causal, condición interviniente, estrategias y consecuencias que detallan las relaciones, asociaciones e interacciones entre las categorías y se realiza hasta definir la categoría central, representativa del fenómeno del estudio. (Anexo 1)

3.1.3. ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú (PNP), que fue creado en el año 1942 exclusivamente para la atención

del personal policial, ahora se atiende a familiares directos, hijos, esposas y padres, la atención integral es de forma gratuita.

Actualmente es considerado como un hospital de nivel IV, con especialidades de alta complejidad, cuenta con atención en consultorios externos, hospitalización, cirugía intervencionista y centro de diagnóstico por imágenes. Además, tiene servicio de Emergencia, Clínica de Oficiales, medicina, cirugía, pediatría, unidad de cuidados intensivos, cardiología, neurología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurología, neumología, otorrino, unidad renal, oftalmología, ginecología, traumatología, urología, cirugía plástica y neurocirugía. Estos servicios tienen una capacidad para hospitalizar a 250 pacientes en sus diferentes especialidades, estando al cuidado de enfermeras profesionales, médicos, otros profesionales de salud, técnicos y auxiliares de enfermería.

La división de enfermería está constituida por 412 enfermeras, está dirigida por una enfermera oficial con grado de coronel, también cuenta con enfermeras supervisoras, enfermeras jefas de servicio, enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería. Las enfermeras asistenciales trabajan en horarios rotativos de mañana, tarde y noche, donde observan y comparten experiencias con el equipo de salud, los pacientes y sus familiares; en estas situaciones las enfermeras ponen de manifiesto su conocimiento, su experiencia y sus sentimientos con toda la problemática actual que implica el cuidado de la persona y que son mediados por los recursos, personal y condiciones de trabajo.

3.1.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO. -

El presente estudio se realizó con Enfermeras que laboran exclusivamente en los servicios de hospitalización del Hospital Nacional PNP, haciendo un total de 320 enfermeras que laboran en el ámbito asistencial y administrativo, mensualmente están programadas para trabajar 150 horas, como lo establece la Ley del Enfermero. La situación laboral de las participantes es estable, todas son nombradas, con la característica particular que existen dos formas de nombramiento: uno de enfermeras que

tienen el Grado de Oficiales de Servicio y el otro de Enfermeras Civiles; encontrándose en este estudio información importante, sobre todo, en la formación profesional de las participantes, ya que algunas de ellas cursaron estudios en la escuela de enfermeras de la institución y otras se formaron en universidades.

Es necesario señalar que ambos grupos de enfermeras, a pesar de laborar en el mismo ámbito y desempeñar las mismas funciones, difieren en cuanto a la compensación económica pues los profesionales que tienen grado de oficial tienen diferentes beneficios por conceptos y asignaciones presupuestadas por el ministerio del interior; los empleados civiles perciben conceptos por AETAS y guardias hospitalarias. Así como de capacitaciones, promoción y régimen disciplinario.

En la Investigación Cualitativa la muestra del estudio no parte de un número determinado, depende del propósito del estudio y para poder juzgar si una muestra es adecuada hay que conocer el contexto. El diseño de muestreo orienta la forma en la que empieza a buscarse a los participantes, pero su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo. Como lo subrayan los expertos en esta modalidad de indagación, lo decisivo aquí no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador (Martínez-Salgado 2012).

El tamaño de la muestra se obtuvo el muestreo teórico, donde se eligieron e incorporaron a las participantes a partir del conocimiento teórico y se fue construyendo con la información que emergió a lo largo de las entrevistas, la muestra se determinó cuando la indagación había culminado por saturación de la información. En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. (Martínez-Salgado 2012).

En el presente estudio, se emplearon dos grupos muestrales, el primer grupo conformado por 7 enfermeras que dieron información básica, y al término de las entrevistas ya no se encontraron datos que se consideraron nuevos o importantes para el estudio, por ello se optó por un segundo grupo, buscándose a enfermeras 5 en total, consideradas informantes claves con mayor experiencia en el ámbito asistencial, con estudios de pos grado y que trabajaban en otros lugares, que dieron información relevantes para esta investigación. Siendo en total 12 enfermeras con más de 12 años de experiencia, dedicadas a la función asistencial. 1 Enfermera, además, realiza docencia en una universidad nacional y se encuentra en capacitación continua en el área académica, 4 enfermeras trabajan en dos o más instituciones a la vez en labor asistencial, 7 enfermeras solo trabajan en esta institución y se dedican al cuidado de su familia que consideran prioritaria, esperando que en el futuro y en otras condiciones también puedan estudiar.

Es importante precisar que se realizó una caracterización de las enfermeras entrevistadas (12) a través de unas preguntas cortas, antes de abordarlas con las preguntas orientadoras, en relación a su edad, años de servicio, universidad de formación, especialidad o estudios postgrado, capacitaciones, estado civil, número de hijos.

3.2.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

En la presente investigación se utilizaron las técnicas de la entrevista y la observación, a través de los instrumentos: una guía de entrevista y guía de observación. La guía de entrevista se inició con preguntas iniciales, que fueron generando otras de acuerdo al desarrollo de la entrevista (Anexo 2). Para la conservación de la información se utilizó una libreta de campo y grabadoras. La guía de observación permitió realizar anotaciones (memos) de situaciones comunes o importantes que surgían espontáneamente en el cuidado cotidiano del paciente.

Se solicitó la autorización mediante una carta dirigida al director del hospital castrense, adjuntando el resumen de la investigación para realizar el estudio, posteriormente se solicitó el permiso de la Jefe del Departamento de Enfermería y se inició la recolección de datos, a través del instrumento elaborado, solicitándose el consentimiento informado de las enfermeras que formaron parte del estudio.

a. LA ENTREVISTA.

La entrevista es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación, estableciendo un diálogo, considerando que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o piensa hacer.

En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. Steinar Kvale en 1996 define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es "obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos". (Álvarez-Gayou, (2014))

Para el presente estudio se realizaron las entrevistas previamente acordadas con las enfermeras, el primer momento fue en su ámbito de trabajo, las demás donde la enfermera se sintió más cómoda de expresar sus pensamientos, como en la cafetería.

b. OBSERVACIÓN.-

La observación es una técnica utilizada en las ciencias sociales, donde el investigador observa a los investigados en su contexto, sus experiencia y vida cotidiana. Para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad se define claramente dónde, cómo y qué debe observar y escuchar. Las

observaciones fueron durante el desarrollo de las actividades diarias de las enfermeras y en los turnos rotativos. (Anexo 3)

c. EL USO DE MEMOS

La construcción de memos o memorándums consiste en una forma de registro referente a la formulación de la teoría y puede estar conformada de notas teóricas, notas metodológicas, notas de observación y otras variedades de ellas. Estas son construidas durante todo el proceso de recolección y análisis de datos.

- Notas teóricas. - cuando se llega a los hechos se registra la interpretación e inferencias, se hacen hipótesis y desarrollan nuevos conceptos. También se establece conexión con otros conceptos ya elaborados. Se utilizaron en el momento de la transcripción de los datos.
- Notas metodológicas. - reflejan un recordatorio una crítica a sus propias estrategias, referidos a los procedimientos y estrategias metodológicas utilizadas, sobre la orientación del estudio, a los problemas encontrados en la obtención de datos y a la forma de resolverlos. Se utilizaron cuando buscamos a las informantes claves.
- Notas de observación. - descripción sobre eventos experimentados, a través de la observación y audición. Contiene la menor interpretación posible. Se hicieron varias observaciones que surgieron espontáneamente en momentos que nos encontrábamos observando el trabajo de la enfermera. En el estudio se usaron las notas de observación, cuando surgieron situaciones pocos comunes en el cotidiano de la enfermera.

3.3.- PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS.

El primer contacto con los actores sociales del estudio se realizó en los servicios de hospitalización del hospital, para lo cual se solicitó el

permiso correspondiente a la autoridad pertinente en la Oficina de Investigación y Docencia (OIDCE) del hospital sede del estudio. Los datos fueron obtenidos en un periodo de 8 meses desde Agosto del 2012 hasta Abril del 2013, al inicio de recolección de datos se realizaron 12 entrevistas a diferentes enfermeras a quienes se les asignó un nombre especial (seudónimo) que solo puede identificar la investigadora y las investigadas, después de este proceso se realizó la búsqueda de informantes claves, quienes brindaron información relevante sobre el tema tratado.

La primera entrevista se desarrolló en el área de trabajo de la enfermera, se entabló un diálogo con ella en el momento que tenía tiempo libre donde se le explicó los objetivos de la investigación a lo que accedió amablemente. Este procedimiento fue con todas las participantes, quienes realizaron preguntas en relación al estudio y una vez absueltas sus dudas se iniciaban las preguntas propuestas. Otras entrevistas se realizaron en el estar de enfermeras, tratando de que sean charlas amenas, en un ambiente donde las entrevistadas se sintieron cómodas, ellas brindaron información importante, relevante y pertinente. Las entrevistas se desarrollaron entre 30 a 40 minutos cada uno y se realizaron entre dos o tres veces a la misma enfermera.

Las participantes del estudio tuvieron la libertad de preguntar en caso de tener alguna duda o inquietud lo que, además, generaron nuevas preguntas que enriquecieron la información obtenida. La observación, se realizó en los servicios durante las actividades cotidianas de las enfermeras, al momento que brindaban el cuidado; se realizaron hasta 4 observaciones por enfermera durante sus turnos rotativos. Además, se hizo uso de una libreta de campo donde se realizaron anotaciones de las ocurrencias que se presentaban. Estas notas permitieron elaborar comentarios o recordatorios de situaciones que surgieron espontáneamente durante la interrelación de la enfermera con su entorno, con el personal de salud y con los familiares de los pacientes.

Para el procesamiento de los datos, se transcribió la copia fiel y exacta de la fuente, que fueron las entrevistas, haciendo lecturas y relecturas a las transcripciones en Word, para establecer un nivel de familiaridad y entendimiento con los mismos.

3.4.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION-

Para el análisis de los datos se realizó la lectura, el ordenamiento y la transcripción de testimonios, en grupos de palabras/categorías simples; en este estudio, fueron relacionadas con el ser y el quehacer de la enfermera, luego se realizó el análisis para la codificación respectiva.

El proceso de análisis en la teoría fundamentada es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el muestreo teórico (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados).

La formación de categorías derivó de los datos y fueron desarrollados en términos de sus propiedades y dimensiones, el nombre que se asigna a una categoría es la afirmación que establece relaciones, describe lo que sucede y es muy interesante, para que recuerde fácilmente su referente y sobretodo se entienda en su contexto.

Después de analizar los datos transformados en categorías usando palabras de los entrevistados o las conceptualizaciones que surgen de ellas, se dio respuesta al *cuándo, cómo, con quién y dónde* sucede un hecho, que a su vez permiten representar un fenómeno. Los fenómenos son ideas analíticas que emergen de los datos y responden a la pregunta *¿qué pasa aquí?*

Ellos describen los problemas, asuntos, ocupaciones y temas pertinentes que están siendo estudiados (Strauss & Corbin, 2002). Al buscar

los fenómenos, estamos buscando acontecimientos, sucesos, o acciones/interacciones que representen lo que las personas dicen o hacen, solas o en compañía, en respuesta a los problemas y situaciones en los que se encuentran. Formados los vínculos de la categoría, es necesario presentar los resultados de forma organizada a través de un esquema donde se evidencia las conexiones emergentes de las manifestaciones encontradas en el estudio.

Al responder las preguntas *por qué sucede, dónde, cuándo, y con qué resultados*, se descubren relaciones entre las categorías para contextualizar un fenómeno y localizarlo dentro de una estructura, siendo condiciones que establecen el escenario, o se crean las circunstancias donde se sitúan o emergen los acontecimientos o sucesos del fenómeno.

Al responder las preguntas de *quién, cuándo, dónde, por qué, cómo y con qué consecuencias*, representa el proceso, que evidencia la acción/interacción, en el tiempo, de las personas, organizaciones y comunidades, en respuesta a ciertos problemas y asuntos.

El análisis del proceso y la estructura están ligados de manera comprensible, y esta comprensión de sus relaciones ayuda a entender verdaderamente el fenómeno. Al describir solo la estructura, se descubre *por qué*, pero no *cómo* ocurren ciertos acontecimientos, si se describe sólo el proceso entonces se comprende *cómo actúan o interactúan* las personas, pero no el *porqué*. Para captar la dinámica y la naturaleza evolutiva de los acontecimientos, se debe estudiar tanto la estructura como el proceso (Strauss & Corbin, 2002).

El soporte teórico que apoyó el desarrollo del presente estudio, fue el Interaccionismo Simbólico, cuyo objetivo es captar aspectos intersubjetivos de las experiencias sociales del ser humano que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación, situándose dentro del paradigma interpretativo. La interacción simbólica es importante y en muchos casos llega a reemplazar la comunicación verbal, estos símbolos pueden ser llamados también gestos que se usan para comunicarse.

Después de cada entrevista, las declaraciones se escucharon en repetidas ocasiones utilizándose aproximadamente 65 horas en transcripciones, para después leer y releer, resaltando datos relevantes, las respuestas similares se agruparon y se les asignaba un código, formando los componentes de cada sub categoría. Después se agruparon en temas, buscando semejanzas o relaciones entre sí y con ellas. Las descripciones exhaustivas de las enfermeras dieron sentido e interpretación a los códigos extraídos de las transcripciones y se elaboraron conceptos que permitieron interpretar los datos, teniendo en cuenta el contexto en el cual ocurrió el fenómeno.

3.5.- CONSIDERACIONES ETICAS.

Se aplicaron los principios éticos de confidencialidad, teniendo en cuenta que los trabajos de investigación en salud consideran los principios bioéticos de; autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, se respetó la participación voluntaria de los participantes del estudio. Se solicitó el consentimiento informado de las enfermeras incluidas en la investigación (Aneo 4) explicándoles que tenían libertad de continuar participando en la investigación o podían retirarse si lo consideraban necesario. Se conservó la identidad de las enfermeras entrevistadas mediante el uso de seudónimos y se dio a conocer los resultados a las participantes.

3.6. RIGOR CIENTÍFICO.

Martínez, citado por Noreña en el 2010, refiere que el rigor científico de la investigación cualitativa concierne a la interpretación correcta de los resultados, el modo de recoger los datos, de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista, el poder analizar e interpretar la realidad a partir de un bagaje teórico y experiencial, el ser cuidadoso en revisar permanentemente los hallazgos, ofrece al investigador un rigor y una seguridad en sus resultados. (Noreña, A y otros. 2012).

Así mismo, Martínez (2016) refiere que una investigación tendrá un alto nivel de “validez” en la medida en que sus resultados “reflejen” una

imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada. Señala que una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar o apreciar una realidad, se observa o aprecia esa realidad en sentido pleno, y no sólo un aspecto o parte de la misma.

Para demostrar la confiabilidad del presente estudio, se pidió la colaboración de los sujetos informantes para confirmar la "objetividad" de las notas o apuntes de campo, asegurándonos de que lo visto o registrado coincide y sea consistente con lo que vieron o dijeron durante su participación en el estudio. Para conservar en vivo las declaraciones y la realidad observada se usaron grabaciones de audio, que permitió como nos refiere Martínez (2006), repetir las declaraciones de los participantes, que nos permiten volver a los "datos brutos" y poder categorizarlos y conceptualizarlos de nuevo.

De manera unánime, importantes teóricos del paradigma cualitativo Martínez, Pérez, Taylor y Bogdan, plantean que los conceptos o constructos de confiabilidad y validez deben retomarse en la investigación cualitativa como estándares de rigor científico, debido a que el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y merecedores de una mayor confianza. (Morfee, A. 2009 p. 41)

Según Glaser (1978), la credibilidad de la teoría se obtiene por la integración, relevancia y viabilidad de los resultados. Reconocemos que la teoría sustantiva elaborada para este estudio contiene estos tres elementos. En relación a la integralidad se relata el proceso como fue construido el fenómeno, siguiendo los pasos propuestos por la TFD, proceso cíclico y coherente que permitió la estructuración del fenómeno. La teoría es también relevante por tratarse de un tema de actualidad, detalla el ser de la enfermera y su cotidiano. Finalmente podemos afirmar que es viable porque la teoría fue construida con los datos extraídos de la realidad, del significado que le otorga la enfermera al ser y al quehacer de su profesión.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA: VOCACIÓN, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN

El compromiso moral, la intencionalidad y conciencia de la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o co-crear su propio significado de la existencia. (Watson, 1998).

El presente estudio se realizó con la participación consentida, informada y activa de enfermeras que trabajan en una institución castrense, en las entrevistas se obtuvieron datos que permitieron analizar el contexto donde emergió el fenómeno. La experiencia de las participantes, la edad, el estado civil, la capacitación permanente, el desarrollo de la docencia y situación laboral, son aspectos que les proporciona una visión particular de la profesión.

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS ENFERMERAS PARTICIPANTES DE ESTUDIO.

En relación a la edad de las enfermeras participantes van de los 39 a 53 años, en el estado civil; 10 son casadas y tienen de 1 a 3 hijos; 2 enfermeras son solteras sin hijos y viven con sus padres. En relación a la capacitación, Equilibrio es egresada de un programa doctoral en ciencias de

la salud, docente de una universidad pública y se considera informante clave para la recolección de información. 2 enfermeras tienen estudios de maestría concluidos, 2 con estudios de especialidad que trabajan en otra instituciones y 7 exclusivamente son enfermeras asistenciales. Como vemos algunas enfermeras se preocupan por su capacitación, en el estudio expresaron diversas situaciones que favorecieron o desalentaron la continuidad de sus estudios.

En el período que se realizó el estudio encontramos que el costo económico de las enfermeras que optaban por su capacitación, era asumido totalmente por las interesadas y permanentemente hacían cambios de turno para poder asistir a sus estudios, considerando que trabajan en el turno rotativo, algunas veces se complicaba su situación o asistían a sus capacitaciones saliendo de la guardia nocturna; se evidenció que la institución no otorgaba facilidades para que las profesionales puedan capacitarse.

SEUDÓNIMO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESTUDIOS DE POSGRADO	EXPER. PROF.	STATUS PROF.	Nº DE HIJOS	LABOR EXTRAHOSP.
SERVICIO	46	CASADA	MAESTRÍA	14	CIVIL	1	ASISTENCIAL
RESPEITO	48	CASADA	NINGUNO	14	CIVIL	2	ASISTENCIAL
HONRADEZ	45	DIVORCIADA	NINGUNO	20	OFICIAL	2	NO
INTEGRIDAD	39	CASADA	MAESTRÍA	15	CIVIL	2	ASISTENCIAL DOCENCIA
AMABILIDAD*	41	CASADA	NINGUNO	22	OFICIAL	3	ASISTENCIAL DOCENCIA
SERENIDAD	53	SOLTERA	ESPECIALIDAD	27	OFICIAL	0	NO
EQUILIBRIO	49	CASADA	DOCTORADO	25	OFICIAL	2	DOCENCIA
ABNEGACIÓN	39	CASADA	NINGUNO	13	CIVIL	1	NO
PACIENCIA	40	CASADA	NINGUNO	15	OFICIAL	3	NO
DISCRESION	48	CASADA	MAESTRÍA NO CONCLUIDO	13	CIVIL	1	NO
PRUDENCIA	47	SOLTERA	ESPECIALIDAD NO CONCLUIDO	14	CIVIL	0	NO
CONSAGRACION	40	CASADA	NINGUNO	15	OFICIAL	2	NO

4.2. MODELO TEÓRICO: EL SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA EN UN HOSPITAL CASTRENSE.

Los resultados del presente estudio se presentan mediante un modelo teórico sobre el Ser y Quehacer del profesional de enfermería sobre su profesión, evidenciándose durante su elaboración un proceso dinámico y dialéctico en el transcurso de la investigación, que constantemente se cuestiona sobre el ¿qué?, ¿dónde? y ¿por qué?. Los participantes del estudio expresaron sus opiniones de acuerdo a las experiencias y conocimiento que tienen. De este modo se va interrelacionando los fenómenos y sus componentes que permiten comprender el significado del profesional de enfermería sobre el tema tratado.

En este proceso, de acuerdo a lo expresado por los participantes del estudio, se presentan ideas, experiencias, dudas que ellos tienen; después de obtener la información se realizó un ir y venir entre los diferentes procesos de construcción, desconstrucción y reconstrucción de los significados que expresan los sujetos durante su contacto con los diversos objetos sociales, personas o abstractos en el periodo de su formación y el desarrollo de su trabajo profesional.

Obtenida la información se hicieron interconexiones y se integraron datos que dieron origen a las categorías con sus respectivas sub categorías en términos de contexto, condiciones causales, estrategias, condiciones intervinientes y consecuencias que permitió descubrir el fenómeno o categoría central; fue necesario abstraer todos los significados captando la esencia de cada categoría y de esa forma encontrar el fenómeno central del estudio denominado: SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA: VOCACIÓN, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN.

En este proceso de construcción del Modelo Teórico, basado en el Modelo paradigmático, propuesto por Strauss y Corbin, surgieron las siguientes categorías:

A) CONDICIONES CAUSALES

Se consideró a la *categoría Vocación Profesional* como la condición causal del fenómeno. Los profesionales de enfermería manifiestan que es necesario *desarrollar y consolidar conocimientos de la profesión durante la formación profesional* porque durante esta etapa se adquiere conocimiento y se desarrolla la práctica con la guía de los docentes. Además, consideran importante *aprender a cuidar al otro* referido a la persona, no a la enfermedad y *Comprendiendo que la vocación es la inspiración para el cuidado y nace desde lo más profundo de su ser*, revalorando la vocación del estudiante para su formación profesional.

B) EL CONTEXTO DEL FENÓMENO

Después de identificar las condiciones causales, se identificó el contexto en que se desarrolla el fenómeno, siendo considerada la categoría *Exigencia Del Cuidado Humanizado*, donde se reconoce que la necesidad de comprensión de la situación del paciente es imperante en nuestra sociedad y más aún, cuando la persona que requiere del cuidado espera un trato justo, humano y equitativo que se traduzca en la *Calidad y satisfacción derivada del cuidado* que a su vez implica la satisfacción del cuidador; la enfermera está en constante búsqueda de la recuperación y alivio del paciente, *Proporcionando un cuidado científico utilizando el PAE*, pero esto no depende solo de ella, pues en el medio hospitalario existen varios profesionales siendo necesario que la enfermera busque estrategias que permita lograr su objetivo.

C) CONDICIONES INTERVINIENTES

Para identificar las condiciones intervinientes del fenómeno, se realizó la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos intervienen para facilitar o que dificultan los procesos de acción/interacción en el desarrollo del fenómeno del estudio. Se obtuvieron dos categorías que influyeron positiva o negativamente en el desarrollo del fenómeno

1° Categoría: Motivación y Satisfacción Personal: Pilar Fundamental Para el Desempeño Profesional. Siendo considerados como categorías positivas: *Satisfacción personal y profesional*, un aspecto fundamental para brindar el cuidado a un paciente, es la satisfacción de la enfermera que se siente bien desarrollando su trabajo, sintiéndose motivadas para proporcionar el cuidado, considerando los valores personales y sociales que guían la práctica cotidiana, en base a herramientas fundamentales como el PAE con los diagnósticos de enfermería y que es aplicado a cada paciente, considerando que los valores personales están presentes en cada acto del cuidado. Reconociendo como importante la interrelación enfermero-paciente-equipo de salud para el éxito del cuidado, logrando el reconocimiento de su trabajo y la imagen profesional lo que se traduce en la *Revaloración del cuidado de Enfermería*, considerando que también la enfermera es un ser humano que requiere de trato justo y sea valorizada su labor.

2° Categoría: Refiriendo Aspectos Negativos del Cuidado, cuyas declaraciones dieron origen a *El conformismo deteriora e impide el desarrollo profesional*, aspectos que se desarrollan por diversos factores externos e internos del profesional de enfermería, porque además priorizan a la familia frente a la realización profesional, también muchas veces expresan que el turno rotativo y los cambios de turno dificultan este desarrollo profesional.

D) ESTRATEGIAS

Se consideran a las acciones como acciones/interacciones que tienen por finalidad conducir, responder y mejorar el fenómeno. Para esto se elaboran preguntas como: ¿Qué estrategias se utilizan para que el profesional de enfermería brinde un cuidado con vocación, conocimiento y sea humanizado? se lograron identificar características importantes que los mismos enfermeros algunas veces, por motivación propia, consideran importante y están desarrollando *Capacitación Permanente aceptada y adoptada como instrumento de Fortalecimiento Profesional*, que es una estrategia para fortalecer la profesión. Actualmente, es una exigencia para la

enfermera prepararse más, proponiéndose y desarrollándose entonces los estudios de post grado.

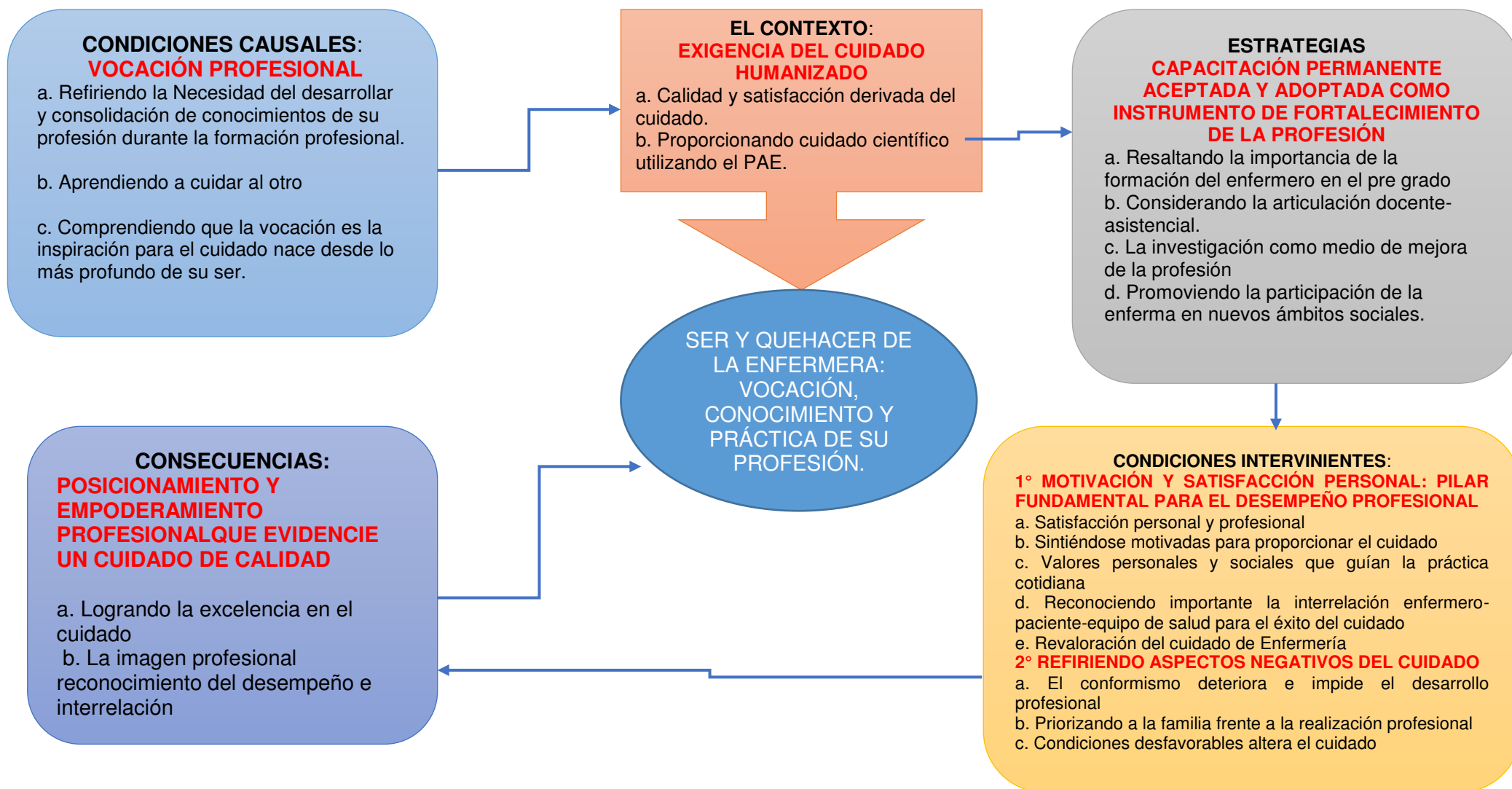
Se reconoce que la capacitación de los profesionales permite el *Fortalecimiento de la formación profesional*, los enfermeros en el ámbito hospitalario o académico deben ayudar a fortalecer la profesión, además es necesario *Resaltando la importancia de la formación del enfermero en el post grado*, que según ellos manifiestan permitirán consolidar los conocimientos y permitirnos la apertura a mayores conocimientos, por lo tanto; *La investigación como medio de mejora de la profesión* debe ser desarrollada con equipos de estudiantes docentes y enfermeros asistenciales, considerando la articulación docente-asistencial, que permitan proponer mejoras en el cuidado. También se reconoce que se debe ir *Promoviendo la participación de la enfermera en nuevos ámbitos sociales*, conocedores de la realidad el profesional de enfermería está en condiciones de ofrecer propuestas que tiendan a mejorar las políticas y el sistema de salud.

E) CONSECUENCIAS

Finalmente surge la última categoría, y se espera que el profesional de enfermería logre un *Posicionamiento Y Empoderamiento Profesional: que evidencie un Cuidado de Calidad*, que implica crear impacto con el cuidado que ofrece el profesional enfermero según las demandas de la población, de acuerdo a sus propias características, considerando su entorno y el contexto económico, político y social actual. Las subcategorías que surgieron son: *Logrando la excelencia en el cuidado*, que es la misión de la profesión de enfermería que espera que *La imagen profesional sea el reconocimiento del desempeño e interrelación*, los profesionales esperan que el equipo de salud y la población valoren y diferencien el cuidado de enfermería.

MODELO TEÓRICO DEL SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA:
VOCACIÓN, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN

SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA: VOCACIÓN, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN



4.3. DESVELANDO EL SER Y QUEHACER DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL CASTRENSE.

"Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería" J. Watson (2007).

A continuación, se presentan las declaraciones, el análisis e interpretación en base al referente teórico y los antecedentes de la investigación. En el periodo que se realizó el estudio, las enfermeras participantes hicieron observaciones al desenvolvimiento de los estudiantes de enfermería de una institución privada que en esos momentos estaban realizando prácticas pre profesionales y el periodo del internado, que les permitió emitir una opinión sobre la realidad del futuro profesional.

En cuanto a su trabajo profesional, las condiciones laborales, las motivaciones, las relaciones interpersonales que establece; el reconocimiento profesional, la formación de los futuros profesionales, las condiciones de capacitación y la situación que se encuentra se les preguntó si era lo que esperaban, ¿cómo se desarrolla la profesión? ¿Cómo ven el futuro de enfermería? Fue interesante la información que se obtuvo y permitió analizar EL SER Y EL QUEHACER DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, que piensa la enfermera sobre su profesión, descubriéndose aspectos relevantes que apuntan a comprender mejor al profesional de enfermería.

Se encontró, además, que existen ideas y pensamientos similares y diferentes, así como, la percepción sobre su labor cotidiana y los efectos que tienen en su trabajo. Los resultados evidenciaron un cuidado de enfermería diferenciado, dependiendo del área de trabajo, el inicio y lugar de adquisición de conocimiento, la relación con sus pares y demás profesionales de salud y lo más importante la interrelación con el paciente y su familia. Además de las condiciones físicas y económicas en que se desenvuelven la capacitación, la valorización de la vida frente al cuidado, el reconocimiento de su profesión y su importancia dentro del sistema de salud.

En seguida se pasan a describir las categorías con sus subcategorías según el modelo paradigmático.

A. CONDICIONES CAUSALES DEL FENÓMENO

Como condición causal se elaboró la primera categoría denominada:

1. VOCACIÓN PROFESIONAL:

La formación profesional y la vocación se consideran como la condición causal para ejercer la profesión.

1.1.- Sub Categoría: Refiriendo la Necesidad del Desarrollo y consolidación de conocimientos de su profesión durante la formación profesional.

Las enfermeras participantes de esta investigación reconocen que al inicio de sus estudios no sabían nada respecto a la profesión, sólo que concluyendo éstos iban a trabajar en un hospital, cuidando personas enfermas, además, que iban a ayudar a los médicos. También señalan que durante su formación les enseñaron diversas materias, que muchas veces distaban de la realidad, como podemos apreciar en las siguientes declaraciones:

“básicamente me enseñaron que debíamos ayudar al doctor, ahora eso ha cambiado” (Entrega)

“recuerdo que cuando estaba estudiando, las enfermeras parecían asustadas de decirle algo a los médicos, siempre estaban calladas” (Servicio)

“nada que ver... ahora la enfermera se hace respetar, tiene más conocimiento, le dicen al médico lo que piensan intervienen en el tratamiento del paciente” (Equilibrio)

Probablemente la formación que han recibido las enfermeras ha redundado en esa concepción de ser ayudantes de los médicos, recordemos que algunas de las enfermeras participantes han sido formadas hace más de 25 años, el currículo y la enseñanza eran diferentes a lo que son

actualmente; la enfermera está accediendo a mayor conocimiento y posicionándose mejor en su profesión y su quehacer por iniciativa propia contribuyendo así al desarrollo de la profesión.

En la etapa de la formación profesional es donde se adquieren la mayor parte de los conocimientos que serán usados en la etapa profesional, es relevante que se valore la etapa estudiantil, para Borré-Ortiz y otros, (2015) la formación pre profesional implica que los actores principales durante el proceso formativo, deben desarrollarse con la finalidad de responder a las necesidades de salud y bienestar demandadas por la sociedad actual. De lo contrario las actividades pueden estar encaminadas a rutinas o cumplimiento de indicaciones que no demuestran el fundamento profesional que implica el cuidado de enfermería.

En relación a la formación profesional Medina (2006) refiere que el proceso enseñanza-aprendizaje mediante un paradigma de la simplicidad reduce la riqueza cognitiva e interpretativa que disminuye el juicio práctico e interpretativo de la enfermera para insertarlo a la práctica. Debemos reconocer que el aprendizaje a lo largo de la vida debe ser un compromiso personal que favorezca el desarrollo personal y de la profesión. Al respecto se obtuvieron las siguientes declaraciones en el estudio:

*“muchas cosas que aprendí en la universidad, aún lo recuerdo”
(Servicio)*

“algunas cosas que aprendí me sirven, otras no” (Serenidad)

“Mi formación profesional para mí ha sido buena, porque tenía docentes que exigían, a veces como jóvenes no lo entendíamos, decíamos que exigente ese profesor, pero a la larga entendí que esa exigencia vale mucho, te hace querer a la profesión hace que te desenvuelvas mejor, esos conocimientos están presentes y siempre lo recuerdas. (Abnegación)

“Antes la formación era mejor pues buscábamos libros, estábamos pendientes de las bibliotecas para nuestro trabajo, conversábamos con los pacientes y dominábamos la teoría, ahora lo demuestro en mi servicio donde trabajo. (Honradez)

El proceso aprendizaje que se desarrolla en los estudiantes abarca varios componentes; en el caso de enfermería es de mucha relevancia el acercamiento a la persona para aprender a cuidarla, evaluar los resultados y confrontarlo con el marco epistemológico de la profesión, para obtener y fijar el conocimiento que va a emplear durante su desempeño profesional, en el pregrado es donde más conocimientos se obtienen pero deben ser internalizados, valorados y comparados con la realidad, la capacidad que debe desarrollar el futuro profesional es un pensamiento crítico, con los datos que obtiene de su recolección de información, considerando el entorno y el contexto, analizar la situación y solucionar el problema que aqueja a la persona.

Varios autores señalan que cada vez más, aumenta la evidencia cualitativa y cuantitativa de la Enfermería en torno a cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud, pero, a pesar de ello, la brecha entre el saber teórico y el hacer práctico sigue abierta. Aún no se evidencia la articulación continua y fluida que debe existir entre la teoría y las acciones en la práctica como fundamento para la toma de decisiones en el escenario real. Y cuando se logra, su articulación no siempre es asertiva tal como nos refieren las enfermeras entrevistadas en la investigación:

“Referente a la educación, hay una cosa bien cierta, la enseñanza que nosotros hemos recibido, fue una enseñanza directa, drástica que nos motivaba mucho a aprender, y practicar mucho para poder saber sobre la profesión...nos enseñaron bastante... hasta por demás” (Respeto)

“Enfermería es un estudio de teoría y práctica, son dos cosas que van de la mano para que se vaya entendiendo bien la profesión. Aunque a veces no todo lo que aprendí en teoría se hace en la práctica. (Amabilidad).

“Es necesario la creatividad, he estado en situaciones que trate de solucionar con cosas que me habían enseñado en la universidad pero no funciono” (Discreción)

“En el trabajo he visto y he hecho cosas que nunca me enseñaron en la universidad, la experiencia ayuda mucho” (Paciencia)

“Muchas cosas que me enseñaron en la universidad no lo hice nunca en la práctica” (Abnegación)

Los conocimientos sobre la profesión que se obtienen en el pregrado deben ser en forma clara, continua y contextualizada, con estrategias metodológicas que permitan a los estudiantes analizar la situación actual de la profesión y después contextualizarlo en la realidad, respondiendo a las necesidades de la persona y a los problemas existentes con una reflexión continua, pensamiento crítico e innovador que le den relevancia y sentimiento de responsabilidad que los acompañará en toda su vida profesional.

Las estrategias deben ser conducentes a mejorar esta situación y se logre la formación adecuada de profesionales enfermeros; por ejemplo, proponer el perfil del estudiante debe contemplar no solo el área universitaria sino considerar el ámbito hospitalario, y el contenido curricular debe lograr la congruencia entre teoría y práctica, estudios previos han demostrado que para desarrollar la práctica debe haber un dominio teórico.

Medina y Do Prado (2009) en un estudio etnográfico que tuvo como objetivo identificar las estructuras de racionalidad científica y pedagógica que sustentan y dan sentido a la práctica de enseñanza de enfermería, encontraron que el currículum de Enfermería presenta una orientación técnica, dirigida al producto final con una fuerte preocupación con la adquisición de destrezas, además del aprendizaje de ser percibido como adquisición, acumulación y reproducción de información, pero no define como se acerca al paciente.

En nuestro país Musayón y Salazar (2015), en su artículo Cien años formando enfermeras en el Perú, publicado con motivo de celebrarse en la Universidad Cayetano Heredia los cien años de la formación de

profesionales de enfermería, realizan un recuento de la formación desde sus inicios en esa institución y mencionan que era de modalidad de internado, principalmente influenciado por la doctrina religiosa con gran apego a los valores como la compasión, disciplina, organización y misericordia; haciendo uso del uniforme que implica y garantiza el orden, higiene y presencia.

Así mismo manifiestan que la programación académica se dividía en teoría y práctica, en cuanto al conocimiento y como hacer las cosas, pero *aún no se mencionaba el conocimiento del ser humano, de la interrelación o el acompañamiento*, que actualmente es indispensable.

En la actualidad, las autoras señalan que la formación de las enfermeras se desarrolla en base al currículo por competencias, manteniendo como fortaleza histórica el entrenamiento a través de “horas prácticas en escenarios idóneos debidamente seleccionados” para el cumplimiento de los objetivos académicos.

Por lo tanto; reconocemos que existe una brecha entre teoría y práctica en el desarrollo de la profesión, considerando que esta profesión nace como una práctica social basada solo en el conocimiento empírico y la circunstancia en que se encontraba un paciente, la persona que ejercía el cuidado se basaba en su experiencia y las condiciones que lo rodeaban, no consideraba la necesidad de un conocimiento científico, con el paso de los años, el cambio de perfil epidemiológico y las situaciones de salud se crean nuevas necesidades en el cuidado, por ello, las personas encargadas de ofrecerlo estén preparadas para hacerlo. Al respecto declaran:

“Enfermería es una profesión de teoría y práctica, son dos cosas que van de la mano para que se vaya entendiendo bien la profesión. No es como otra profesión de letra, donde uno puede aprender de lejos estudiar los cursos y tener una noción, pero enfermería es otra situación”. (Equilibrio)

“A veces mucha teoría... los alumnos no tienen práctica, creo que tienen miedo o no saben” (Integridad)

Diversos autores señalan que el camino para el desarrollo teórico-epistemológico de Enfermería ha sido muy dificultoso, pero lo interesante es que a la par del desarrollo práctico de enfermería comenzó el desarrollo teórico, que da el soporte científico al cuidado, considerando que Kant ya en 1793 manifestaba que la práctica sin teoría es ciega, y la teoría sin práctica es estéril.

Si observamos el desarrollo de la práctica en la actualidad, se evidencia un gran rigor técnico, operativo y destreza manual, pero carente de sustento científico y teórico propio, por años la enfermera usa los manuales de procedimientos o las guías de procedimientos, y poca evidencia documentada como resultado de la práctica. Borré-Ortiz, (2015) en relación a este tema propone varias interrogantes sobre la práctica actual de Enfermería ¿carece de conocimiento disciplinar? ¿No existe conocimiento propio que respalde las acciones en la práctica?

Además, las participantes del presente estudio destacan la importancia de desarrollar una práctica reflexiva, racional, fundamentada, organizada y basada en la evidencia científica y teórica, evitando la improvisación, la intuición y el empirismo, buscando argumentos válidos cuando se ejecute la práctica:

“es beneficioso para el paciente que la enfermera se prepare, lea y también investigue, porque así va a poder atenderlo con mayor eficiencia ya que va a tener otros instrumentos que le va ayudar a poder desempeñarse mejor en su servicio. (Equilibrio)

“la teoría y la práctica es importante, pero creo yo que lo mejor es la experiencia...” (Prudencia)

“María (la colega de la mañana) con solo ver a un paciente podía reconocer sus necesidades...” (Armonía)

De estas declaraciones podemos señalar que las enfermeras recurren a sus conocimientos y experiencia profesional para el cuidado del paciente, sin embargo, no refieren si ellas documentan o registran la evidencia de su cuidado, no señalan si en realidad la teoría es congruente con la práctica, al

parecer se guían de su intuición y experiencia que no sustenta un quehacer profesional. Por ello se considera importante que desde la formación profesional se demuestre que el cuidado de enfermería es la congruencia de la teoría con la práctica. Al respecto, Sánchez y Pinto, citado por Borre-Ortiz (2015) sustentan, que los estudiantes de Enfermería requieren de modelaje en las bases teóricas para llegar a comprender su aplicabilidad y dichas bases teóricas deben estar orientadas en situaciones reales y prácticas en la resolución de problemas clínicos.

Bajo estas condiciones, lo ideal es generar conocimiento disciplinar basado en la práctica, pero contrastada con la teoría, considerando las vivencias que se generan en el sujeto del cuidado y en el cuidador, estas vivencias tienen un significado para ambas personas, a la enfermera le ayudará a comprender más a las personas y posiblemente las intervenciones serán acertadas, y del paciente se espera que reconozca que su salud en gran parte depende de lo que haga para mantenerla o alterarla.

Davis (2006), refiere que la práctica de Enfermería debe tener una base sólida, desarrollada sistemáticamente a la par del conocimiento disciplinar, de tal forma que todos los conocimientos sean integrados, considerando a la familia, el contexto del paciente y el entorno, su cultura, sus hábitos, sus necesidades, sin olvidar que para el desarrollo y crecimiento de la profesión de enfermería es importante el amor, interés y dedicación que requiere el cuidado de una persona, buscando innovar y lograr cambios positivos.

La brecha existente en teoría y práctica debe estrecharse, tomando como primera acción la revisión del currículo profesional, evidenciando que la teoría enmarca y orienta la ejecución de las actividades en la práctica, estimulando al estudiante a que oriente sus acciones prácticas de acuerdo a la teoría existente, de alguna forma ayudaría a fortalecer el desarrollo y aplicación del conocimiento disciplinar basado principalmente en la investigación y en la documentación de las evidencias obtenidas como resultado del cuidado que se otorga a la persona.

En relación a lo descrito, para Bernal y Ponce (2009), la enseñanza en Enfermería está en construcción constante, formando profesionales y agentes cuidadores de la persona, mencionan que si desde la formación los estudiantes reconocen la naturaleza y complejidad humana, entienden las interacciones culturales de las cuales ellas son parte, entonces la enseñanza será integral, activa e integrativa, que los conllevará a desarrollar sus valores, conocimiento y relaciones sociales para formar seres humanos que cuiden a otros seres humanos.

Es necesario, entonces, que los conocimientos que se adquieren en la formación pre profesional tanto en la teoría como en la práctica debe estar orientada a la comprensión de la naturaleza humana y debe profundizarse en el desarrollo profesional pues la ciencia avanza, se incrementan los conocimientos existen nuevos métodos y estrategias que se pueden usar en el cuidado y, por lo tanto, lograr mejores resultados.

Prado y Reibnitz (2004), refieren que la enseñanza universitaria de enfermería ha generado un gran interés de investigación en estos últimos años, porque ha sido reconocida como uno de los espacios concretos de determinación de la práctica de la Enfermería:

Para la educación está reservado un papel protagonista, pues corresponde a la escuela la formación del sujeto ético, aquel capaz de ejercer su ciudadanía en los fundamentos de la libertad, de la autonomía y de la responsabilidad colectiva. (p. 108)

Concordamos con la afirmación de los mencionados autores, aun en estos días, la formación de los profesionales de enfermería parece estar contribuyendo al mantenimiento de una posición subalterna, con poca autonomía y una frágil identidad profesional, a pesar de los discursos y esfuerzos aislados de algunos profesionales por cambiar esta realidad.

1.2. Sub Categoría: Aprendiendo a cuidar al otro

Como señalábamos, es importante reconocer al sujeto del cuidado para poder realizar intervenciones de acuerdo a sus múltiples necesidades.

El cuidado integral del paciente se origina con el establecimiento de la relación enfermero-paciente y se va desarrollando en diferentes momentos; primero es el conocimiento y reconocimiento mutuo, en la cual el enfermero valora e identifica las necesidades del paciente, y este identifica a la persona en la cual depositará su confianza; lo que permite a la enfermera cuidar al paciente y que este acepte el cuidado y colabore para que el resultado sea positivo.

El paciente observa a la enfermera una vez que se siente seguro dejará en sus manos todo el cuidado, que profesionalmente será desarrollado con conocimiento, responsabilidad y vocación, como nos refieren las enfermeras en el estudio:

“el paciente sabe cuándo tu estas segura o no de lo que estás haciendo...” (Equilibrio)

“muchos de los pacientes necesitan ser escuchados... a veces después de contarte toda su vida se sienten aliviados...” (Serenidad)

“hay que tener mucha paciencia, las personas son diferentes y cada uno trae sus propias cosas... sino les prestas atención reniegan... ni te imaginas” (Discreción)

Al respecto, las participantes refieren algunos aspectos de su enseñanza relacionados al cuidado del paciente, ninguna recuerda que le enseñaron a cuidar a la persona o como debía dirigirse a ellos, la orientación fue siempre hacia la enfermedad o el tratamiento, no hacia la persona.

“Primero me enseñaron arreglar la unidad del paciente, después sobre la fisiopatología de la enfermedad y después el tratamiento farmacológico. (Servicio)

“Me enseñaron que se debe tener tiempo para conversar con el paciente, cuando colocas algunas vías que es 5 o 10 minutos, puedes conversar con el paciente y puedes preguntar y encontrar algo sobre su enfermedad”. (Serenidad)

“Cuando era estudiante, en la práctica siempre había que hacer el Plan de Atención de Enfermería, todos los días, me dedicaba a ello desde que llegaba hasta que me iba” (Integridad)

Además, es importante desarrollar una relación muy particular entre la enfermera y la persona que cuida, esta puede estar sana y solo requiere prevenir algún evento negativo en su salud, o bien, puede estar sufriendo de alguna enfermedad y por lo tanto requiere de cuidado que solucione el problema de salud. Para que esta relación sea efectiva y eficaz se requiere de aplicar conocimientos científicos y tener la capacidad de acercarse al otro para proporcionar ayuda. Lograr el conocimiento y comprensión de la persona cuidada, en congruencia con los lineamientos y tendencias de la profesión, el perfil epidemiológico y la situación de los servicios de salud debe ser el objetivo para el cuidado.

“El acercamiento con el paciente ahora es bien limitado, es lo mínimo indispensable porque no se puede dar más, no se puede [...] considero que conversar con el paciente es importante definitivamente, así me enseñaron en la universidad. (Amabilidad)

El cuidado implica un compromiso tácito que se adquiere al ponerse al servicio de los demás. Cuando existe vocación para el cuidado advertimos y expresamos mayor afinidad e importancia a las necesidades de los demás.

García Hernández (2011), señala que el cuidado *per se*, se encuentra presente en cada acto humano, se cuida desde que se inicia la vida en la etapa intrauterina y continúa durante todo el proceso biológico del ser humano y concluye con la muerte. Leonardo Boff (2002), da a conocer que el cuidado es esencial, y que es un acompañamiento permanente en el ser humano, considerando que el cuidado es integral y debe ser mirado con un enfoque social, multidimensional porque la persona vive en un mundo material, social, espiritual y cultural.

Cuando el hombre tiene dolor en alguna parte de su cuerpo, no sólo es éste, sino es todo el ser humano que sufre ese dolor, angustia e incertidumbre. En su dimensión social, se aísla, deja de trabajar, y se tiene

que cuidar. La curación es un proceso global, que implica la totalidad del ser humano y no sólo la parte enferma. (Boof. 2002).

En enfermería, el cuidado del otro se expresa con mucha sensibilidad y comprensión, consiste en ayudar a crecer a la persona cuidada, empoderándolo de conocimiento que le permita asumir su situación y logre su autocuidado, respetando la dignidad humana, la autonomía, la cultura, la libertad y la comprensión.

El cuidado humano solo lo puede entregar la persona humana, la tecnología en constante avance, produce nuevos medicamentos, máquinas, aparatos sofisticados, muy valederos e importantes, pero ésta nunca podrá humanizar el cuidado, esa es una tarea de los seres humanos, considerando a la persona cuidada bajo el prisma integral de su condición humana. (Arena, 2006)

Enfermería, es una profesión que debe lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que sufre el paciente. La condición de estar hospitalizado, agrava e intensifica sentimientos de impotencia, de dependencia, de carencia, de control sobre sí comprometiendo su cotidiano y su experiencia de vivir. Por ello, la enfermera siempre está atenta para comprender y atender los sentimientos y reacciones del paciente y su familia, priorizando entonces sus necesidades.

“Se debe priorizar los problemas que tiene el paciente y brindarles la atención de enfermería de acuerdo al problema o diagnóstico que presenta”. (Abnegación)

“Somos la única profesión que está las 24 horas del día con el paciente, la única profesión que no está fuera de sitio, siempre estamos al lado del paciente, con solo verlo sabemos que necesita y como solucionarlo”. (Paciencia)

“Cuidamos al paciente estando pendiente de él, sabiendo que tiene, cuál es su dolencia, su diagnóstico, y saber atenderlo, saber que estamos haciendo” (Serenidad)

Los enfermeros apoyan, animan y brindan confianza respecto a la recuperación, pero cuando se está frente a aquellos pacientes que no recuperan la salud completamente, se hace necesario enseñar a vivir con enfermedades crónicas, a controlar los síntomas de la enfermedad, a realizar técnicas y procedimientos para el mantenimiento de la salud; además de “promover la adherencia a los tratamientos, ayudar a enfrentar los sentimientos de desesperanza y a explorar las percepciones y contribuir al entendimiento de la enfermedad” (Travelbee, 1966)

Es importante evaluar los resultados de la intervención de la enfermera, si es efectiva permite valorar resultados positivos en el estado del paciente, Orihuela-Pérez y otros (2010) realizaron un estudio para conocer la satisfacción del paciente con la visita pre quirúrgica, demostrando que la intervención de la enfermera tuvo resultados positivos en el nivel de ansiedad, el autocontrol de miedo y ansiedad, evidenciándose así mismo un alto grado de satisfacción del paciente. Esta intervención enfermera no solo permitió dar una información personalizada y adecuada al paciente quirúrgico sino que mejoró su satisfacción.

Al respecto, Morales (2011), señala que es necesario investigar sobre los resultados de la intervención de enfermería porque el enfoque centrado exclusivamente en parámetros biomédicos no tiene suficiente poder explicativo de las respuestas humanas en una situación de salud. Compartimos la idea de este autor cuando señala que es importante diferenciar el resultado o respuesta del paciente a las intervenciones porque la enfermera realiza el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas considerando el contexto y el entorno que definitivamente influye en los resultados finales del cuidado.

Asumimos que la formación del profesional de enfermería permite crear bases sólidas para el desempeño del profesional,

“Debemos entender que el cuidado es una manera de pensar y actuar que identifica al profesional de enfermera, es como tiene que

canalizar toda la información inicial y procesarla para brindar el cuidado". (Equilibrio)

Silva y otros (2009), define que la formación es un proceso de maduración que aspira a promover el avance del ser humano hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva, además, que la enfermera debe saber relacionar en la práctica, lo aprendido en la teoría, siendo importante el conocimiento científico obtenido en el pregrado que debe ser sumado a la destreza para brindar el cuidado. El sustento del cuidado de enfermería tiene su base sólida en la persona o paciente a quien se le otorga el cuidado lo que justifica el quehacer de la profesión, y este cuidado brindado con excelencia y calidad, considerando la particularidad del paciente, constituye la esencia del ser de enfermería. Al respecto nos señalan que:

“Una enfermera completa tiene el conocimiento, demuestra en la práctica y aplica sus valores ante cualquier situación” (Equilibrio)

“Se debe emplear todos los conocimientos y habilidades en el trabajo” (Consagración)

El desarrollo de capacidades es el proceso mediante el cual las personas, grupos y organizaciones mejoran sus habilidades para desempeñar sus funciones y alcanzar los resultados deseados a través del tiempo, se destacan dos elementos importantes: que los esfuerzos deben estar orientados hacia los resultados y que es en gran parte un proceso de crecimiento y desarrollo interno que implica la adquisición de nuevos conocimientos y su aplicación en el campo profesional. Por esta razón, aprender en la práctica es una de las premisas fundamentales para desarrollar habilidades.

Se reconoce que, en la praxis, el cuidado varía de acuerdo al paciente en todas sus dimensiones y a las diferentes situaciones presentes, con una base científica actualizada y adaptada de acuerdo al momento que se encuentre, resultando acciones autónomas, responsables, eficaces y que

logran la satisfacción del paciente, haciendo de esta forma un cuidado único insustituible y diferenciado del equipo de salud. En la formación profesional del estudiante y del profesional, es importante revalorar que el cuidar es con empatía, respeto, independientemente de la enfermedad y la intervención que se realice, logrando la congruencia de la teoría con la práctica

La formación de recursos humanos para mejorar los servicios de salud y elevar la calidad de vida de las personas en nuestro país debe contar con una alta preparación científico, técnica y humanística que en todos los niveles de atención debe contribuir a preservar la salud, prevenir la enfermedad, promover la recuperación de la salud y lograr el mantenimiento de una calidad de vida óptima de la persona con el empoderamiento de conocimientos para su autocuidado.

“Los tiempos han cambiado hay muchas formas de enseñar enfermería, se debe revalorar algunos aspectos” (Serenidad)

“Estamos en los tiempos que considero, que lo más importante es trabajar en promoción y prevención... a eso se debe apuntar” (Abnegación)

Desde la formación de estudiantes, el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo, basado en la importancia de establecer estrategias que generen el análisis de problemáticas reales son importantes y junto con la enseñanza de modelos de investigación bajo el mismo enfoque, consolida el compromiso que Enfermería durante mucho tiempo ha asumido con la sociedad: la conformación de estrategias sanitarias que favorezcan a las personas a tomar decisiones respecto a su propia salud, y una comprensión multidimensional de éstas.

1.3. Sub categoría: Comprendiendo que la inspiración para el cuidado nace desde lo más profundo de nuestro ser:

Elegir una carrera profesional depende de múltiples factores, como nos refieren Báez-Hernández y otros (2009), en una investigación realizada

sobre el tema, consideran que los motivos que tiene la enfermera para elegir esta profesión, se deben a factores extrínsecos que son de orden social, referidas a todas las circunstancias ajenas a la enfermera pero que directa o indirectamente influye en la toma de su decisión; para el factor intrínseco se refiere a un llamado interno del yo, e involucra actitudes de ayuda que generan un reconocimiento de la enfermería como una carrera humanitaria de connotación religiosa, que se asume es interpretado como la vocación.

Al respecto nos manifiestan:

“siempre quise ser enfermera desde chiquita, jugaba a cuidar a los enfermos” (Entrega)

“... cuando era pequeña e iba al hospital miraba a las enfermeras y quería ser como ellas... (Honradez)

“... una vez fui al hospital con mi mamá y vimos a una enfermera muy linda, guapa, elegante y mi mamá me dijo que le gustaría que yo fuera igual y me entusiasme...” (Prudencia)

Como se observa, aspectos extrínsecos externos son lo que guiaron a las enfermeras a tomar la decisión de su profesión, aspectos subjetivos de una realidad que no conocían, probablemente ocasionando algunas dudas entre lo que pensaban de la enfermera y lo que es ser enfermera.

En el boletín de la ANCAM (Asociación Nacional de Cardiólogos de México) (2011), describe la experiencia de un estudiante de enfermería del Programa Becario “Prevenir es Nuestra Meta” de la mencionada asociación, relatando su experiencia de estudiar enfermería como un camino largo, difícil pero prometedor y lleno de satisfacciones, que algunas veces conlleva situaciones frustrantes o dolorosas pero finalmente se alcanza el objetivo de la profesión, refiere que al inicio tenía angustia y temor por enfrentar lo desconocido. Experiencia que probablemente aún sienten muchos de los estudiantes.

Verderese, & García (1974), realizaron un estudio llamado “La decisión de estudiar enfermería”, donde los autores señalan que la única profesión en salud que tenía el mayor número de aspirantes era la medicina y las otras profesiones tenían dificultades para reclutar estudiantes; en el caso de enfermería el problema era más notorio porque solo se formaban de acuerdo a la demanda del mercado, además, señalan que el porcentaje de estudiantes que eligieron a estudiar enfermería como primera opción, sin pensar en estudiar otra carrera y sin tener dudas es relativamente pequeño (27 %).

El mismo estudio señala que el promedio de edad en que los alumnos de la América Latina pensaron por primera vez estudiar enfermería es de 16.35 años, cifra tres años mayor que la encontrada entre estudiantes de medicina, indicaría que muchos estudiantes de enfermería habían tenido dificultades en decidirse por su carrera y que de alguna forma influirá en algunos aspectos como el reconocimiento, la valorización y el desempeño profesional. En la actualidad podría afirmar que esta realidad no ha cambiado, al respecto:

“Bueno... al principio yo quería estudiar Psicología... no sabía de enfermería, pero mi mamá me convenció... ahora estoy muy agradecida” (Consagración)

“yo quería ser doctora... pero no ingresé a la San Marcos... así que no me quedó otra cosa” (Honradez)

“para estudiar medicina se invertía mucho dinero, enfermería era lo más cercano, me gusta ser enfermera pero también me hubiera gustado ser doctora” (Respeto)

Como se aprecia, otro aspecto es la condición económica del estudiante, estudiar enfermería no “es muy caro” y la mayoría de veces los estudiantes de enfermería son de pocos recursos económicos, por ello a pesar de tener otras opciones o querer estudiar otra profesión optan por enfermería.

Además, debemos considerar que históricamente la profesión de enfermería es de servicio y por lo tanto todavía existe la creencia que la enfermería es servilismo, y más aún, solo debía ser ejercido por mujeres, existiendo estudios que nos dan luces al respecto, para Chamizo (2004), enfermera española, existe una connotación de género para el desarrollo de la profesión, refiere que por ser mujeres se asigna a la enfermera el cuidado de niños, mujeres y ancianos, además ella cuenta su experiencia y de cómo se sentía al iniciar sus estudios en España:

“Cuando comencé a estudiar enfermería en 1976, el ingreso a la escuela se constituía sobre un modelo moral intachable y con una formación en los elementos de la medicina que respondía a los deseos de los médicos y a los intereses de los sectores dominantes de la sociedad... las mujeres estudiaban en régimen de internado dentro de instituciones sanitarias herederas de los valores femeninos predicadas por el poder de la época: Iglesia y Estado (abnegación, sacrificio y prudencia), el estudio de los varones en externado y con aulas en la Universidad; herederos de la cultura de los practicantes, supeditada a ser ayudantes del médico y con una organización jerárquica, similar a la de las instituciones militares (organización jerárquica y obediencia)” (p.2)

La autora señala que no se sentía conforme con ello, más le intrigaba por qué las demás estudiantes no reaccionaban, no les importaba ser “muñecas de trapo”, existía desconocimiento de lo que era la profesión o era aceptada como servilismo, cuestionándose si la visión de la profesión es cuestión gremial o es cuestión puramente personal.

Desde nuestro punto de vista, consideramos que es cuestión personal, es la enfermera quien debe preocuparse por su situación; está demostrado que cualquier persona que obtenga más conocimientos y pueda insertarlo en su realidad obtendrá mayor beneficio para él y para la labor que desempeña.

B. EL CONTEXTO

Como contexto se tiene la segunda categoría:

1.- EXIGENCIA DEL CUIDADO HUMANIZADO.

El contexto actual en el área del cuidado de Enfermería implica la **exigencia de un cuidado humanizado**, siempre ejerciendo los cuatro aspectos que orientan la profesión: función asistencial, la docencia o enseñanza, la administración y la investigación, que está ligada íntimamente. Sus subcategorías son:

1.1. Sub Categoría: Calidad y satisfacción del paciente derivado del cuidado.

El equipo de salud es el responsable de la persona enferma que acude a ellos para que se resuelvan sus problemas de salud; sin embargo, cada uno de los integrantes tiene la responsabilidad de actuar en su área de competencia buscando los resultados positivos y favorables para el paciente. La enfermera es responsable del cuidado integral que brinda al paciente haciéndolo único e irrepetible; las funciones de cada integrante del equipo de salud son importantes, pero quien más tiempo comparte con el paciente y su familia es la enfermera por lo que *su cuidado es diferenciado* de los otros profesionales.

Las enfermeras, reconocen que a veces los pacientes tienen exigencias de acuerdo a sus sentimientos o percepciones que lo aquejan, pero que a ellas también les interesan y por lo tanto tratan de que el cuidado de enfermería coloque al paciente en las mejores condiciones para ser tratados como debe ser y alcanzar su satisfacción:

“la satisfacción del paciente es lo que me hace sentir que estoy cumpliendo bien mi trabajo” (Perseverancia)

“hasta en la calle los pacientes te reconocen y saludan porque los trataste bien cuando estuvieron en el hospital y se fueron contentos” (Gratitud)

El cuidado es entendido como la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica (Morse y otros, 2004), forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida; es decir, el cuidado es

un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio. (Rivera y Triana, 2007).

Las acciones transpersonales e intersubjetivas que realiza la enfermera durante el cuidado de la persona están orientadas a ayudarla a conservar su salud, lograr su autocuidado y que obtenga conocimientos para evitar o disminuir efectos indeseables en su salud, siendo el cuidado un acto de interrelación donde se trata de empoderar a la persona para que afronte su situación y adquiera el autocontrol de su vida. Watson, señala que el cuidado comprende factores que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas, y el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar (Marriner y Raile 2011). Al respecto tenemos la siguiente declaración:

“El cuidado es poner en juego todas las capacidades que tenemos y emplearlas para poder satisfacer las necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales y estas habilidades las desarrollamos a través de todo los conocimientos que traemos. Sin conocimientos seríamos empíricas”. (Equilibrio)

Ceballos (2010) refiere que el cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción del paciente, es que "el otro" necesita ser cuidado y al realizarlo el equipo de enfermería y el paciente obtienen frutos, no sólo recibe el paciente y su familia sino que también el profesional y el equipo que entrega los cuidados, se aprende y se crece junto con ellos.

Se debe comprender que la visión que tiene enfermería sobre la persona, le permite planificar el cuidado de forma integral, principalmente respetándolo como persona que se encuentra en un medio diferente a su cotidiano, gestionando los recursos, realizando el cuidado directo, educando al paciente para que se empodere de conocimientos que le permitan asumir su autocuidado y evaluando los resultados para obtener evidencia y resaltar la intervención de enfermería, eliminando de esta forma, para enfermería, la mirada biomédica, al atender al otro, comprender los significados que le

otorga a lo vivenciado, que fortalece los cuidados y facilita la interrelación del paciente y la enfermera logrando la satisfacción del paciente. Durante las entrevistas encontramos la siguiente declaración:

“Los pacientes tienen sus preocupaciones, un gesto, una mano en el hombro, le cambian un momento”. (Consagración)

“Mi paciente se puso muy mal en una noche, yo pase toda la noche con él, evaluando su situación, hizo paro dos veces, afortunadamente todo salió bien, ahora me llama madre con mucho cariño. (Serenidad)

Nota de observación: Al recordar al paciente a quien “había salvado la vida”, lo narraba de tal forma que la emoción se notaba en su voz y le brillaban los ojos. (Serenidad, Enero, 24 del 2013. 9:00pm.)

Estas experiencias permiten que la enfermera reconozca su capacidad y su misión dentro de su contexto. El cuidado que brinda la profesional de enfermería durante la hospitalización del paciente repercute directamente en su satisfacción y la calidad del cuidado es concebida como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que es otorgada de forma holística e integral, con el propósito de lograr la recuperación del paciente, que realice su autocuidado y que sea dado de alta lo más pronto posible.

En caso de estadía prolongada de hospitalización se busca que el paciente comprenda el proceso que está atravesando, se minimice los riesgos e identifique signos de alarma que pueden conllevar a una complicación, todos estos aspectos siempre están orientados a lograr la satisfacción de los usuarios. Al respecto las siguientes declaraciones:

“lo más importante es que después de todo me dicen muchas gracias señorita Ud., me ha ayudado mucho” (Prudencia)

“me sentí muy bien cuando el sr, Jorge me dijo... gracias Ud., me salvó la vida, cuando se fue de alta me decía “segunda mamá”, por mi había vuelto a nacer. (Sinceridad)

“no sabes la satisfacción que siento cuando un paciente me dice gracias y se va de alta” (Respeto)

El paciente tiene una idea de lo que es el cuidado que le brinda la enfermera y está pendiente de cómo lo realiza, cómo se interrelaciona con él y con los demás pacientes y cuáles son los resultados. Debemos considerar además, que el personal de enfermería es quien permanece 24 de horas al lado del paciente por lo cual asume la responsabilidad de su satisfacción durante su hospitalización, Barragán y Moreno (2013) en su estudio sobre calidad de cuidado de enfermería señalan que los profesionales de enfermería constituyen un gran porcentaje del recurso humano disponible para brindar servicios de salud, desde el ingreso del usuario hasta su egreso, razón por la cual el contacto permanente y progresivo es el punto más importante y crítico de la evaluación asistencial, lo cual se traduce en la calidad de la atención del servicio que se brinda. (Barragán y Moreno 2013)

Las enfermeras participantes del estudio hicieron las siguientes declaraciones:

“La calidad de atención y la calidad de la imagen profesional va siguiendo por un rumbo más elevado, en este sentido ya no es solo una enfermera básica, debe ser una enfermera científica de preparación constante cuanto más sabe mejor profesional es, el paciente lo sabe y se siente contento”. (Amabilidad)

“me siento contenta cuando el paciente se va, agradeciendo lo que hicimos por él, reconoce nuestra labor...” (Abnegación)

A pesar de todas las dificultades que puede tener la enfermera no se aleja del cuidado de su paciente y se siente satisfecha cuando logra la satisfacción del paciente y le agradecen por su cuidado. Entonces podemos afirmar que el cuidado comprende la conjunción de aspectos afectivos y humanistas relacionados a la actitud y compromiso de la persona y a los

aspectos inherentes al cuidado como el conocimiento, la capacidad técnica y los materiales que se usan para satisfacer necesidades del individuo, a través del análisis reflexivo de la situación actual y del entorno que permitan elaborar diagnósticos enfermeros y proponer un proceso de atención de acuerdo a la situación encontrada de cada paciente.

1.2.- Proporcionando cuidado científico utilizando el Proceso de Atención de Enfermería.

La concepción del cuidado ha evolucionado en enfermería, actualmente considera a la persona en sus múltiples dimensiones, utilizando todos los sentidos para buscar información importante que le ayuda a identificar problemas físicos, fisiológicos y emocionales del paciente, dándole importancia también al aspecto religioso y espiritual en general, aplicando el conocimiento técnico-científico bien fundamentado y lo más importante reconociendo el efecto que tiene este cuidado integral en el paciente.

Sin embargo, el cuidado sin conocimiento científico basado solo en el empirismo conlleva a una práctica sin fundamento. Se entiende como pensamiento profesional, aquellas acciones debidamente demostradas y fundamentadas, que son insertadas en la práctica con resultados favorables. Una participante manifestó lo siguiente:

“Porque siendo profesional ya no puedes venir al trabajo y no puedes ser una mamá o una señora de casa, ya no puedes venir a trabajar pensando así, tienes que venir a trabajar como una profesional de enfermería ¿no?” (Equilibrio)

Moreno y otros (2002), citan a Morse, quien señalan que el cuidado es entendido como la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe

como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Si en enfermería se considera que la persona es única e individual, se debe también, evaluar los resultados del cuidado brindado, se asume que la respuesta es diferente porque la persona tiene su propia cultura, su propia concepción de cuidado, sus expectativas y conocimientos frente a su experiencia de hospitalización, por lo tanto, la enfermera debe tener la capacidad para realizar el cuidado con conocimiento, no debe pensar que cuidar a alguien es algo tan simple, ignorando la complejidad del ser humano y su proceso de adaptación durante la hospitalización. Al respecto nos expresó una de las participantes del estudio:

“Nosotras usamos el PAE y Los Diagnósticos de Enfermería son nuestras herramientas de trabajo, pero siempre mirando donde estamos y las necesidades de nuestro paciente”. (Paciencia)

“Algunas veces, he visto colegas que no actúan en forma adecuada, solo actúan por actuar” (Equilibrio)

“Siempre me enseñaron a usar los principios científicos, una acción tenía su explicación, así nos exigían” (Solidaridad)

El PAE, es un método científico que, aplicado a la práctica asistencial, permite a los profesionales brindar un cuidado de forma racional, lógica y sistemática, se legitimó en 1973 por la American Nurse Association (ANA), que anunció un modelo del quehacer disciplinar de la Enfermería, desde: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la actuación y la evaluación. (Carrillo y Meza, 2007)

Más adelante, en 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declara como: Un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Involucra la identificación de las necesidades de salud del usuario/familia o comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones de tal

forma que se puedan brindar cuidados oportunos con calidad y calidez. (Aguilar y López, 2008).

Según Alfaro (2003), el PAE es importante en el conocimiento de enfermería porque suscita el pensamiento crítico y flexible, dado que su visión humanista aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería, se plantea para proveer bienestar, detectar oportunamente la enfermedad y mantener o restaurar la salud, así como potenciar la sensación de felicidad y la capacidad para actuar según el rol deseado, proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo a las necesidades y respuestas humanas, y hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al brindar cuidados de salud. (Rojas, 2007)

Para Duque (2014), el PAE favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y dar respuesta a las necesidades humanas, enfatizando en una valoración oportuna, una planeación eficiente de los cuidados de una manera integral que optimicen las capacidades individuales, fomenten el auto cuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad.

A pesar de todo el sustento, aún, el cuidado de enfermería se percibe como un proceso rutinario y desactualizado, siendo poco común el direccionamiento a cada paciente y sus necesidades, probablemente porque está basado en los lineamientos rígidos del sistema, que no se adaptan a las necesidades de cada paciente, que aún se dirige por los diagnósticos médicos y establece su plan de cuidados centrado en dichos diagnósticos, perdiendo de esta forma relevancia y la visión disciplinar.

Por ello, es importante que la enfermera trate de favorecer la interacción con el paciente, haciendo uso de todas sus capacidades, buscando conocer sus respuestas ante los problemas que presenta y en base a ello brindar un cuidado integral considerando su nivel de conocimiento, cultura, religión, expectativas y el logro de resultado favorable que permita el trabajo en equipo, fomentando el auto cuidado, el bienestar,

el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte. Al respecto refieren:

“No solo se hace los procedimientos, también debemos evaluar el resultado y anotarlo en las notas de enfermería, es parte de nuestros principios científicos. (Amabilidad)

“Siempre trato de identificar la necesidad del paciente para poder resolverlo en forma prioritaria” (Paciencia)

“Los pacientes son diferentes, hay actividades de rutina, pero ellos son diferentes” (Abnegación)

La enfermera reconoce que el cuidado tiene un sustento teórico, pero además deben evaluarse las respuestas del paciente de acuerdo a su situación. Así mismo, la existencia de las teorías o modelos de Enfermería surgen para que el profesional pueda brindar el cuidado de acuerdo a las necesidades del paciente, de acuerdo a los conocimientos y utilidad estos son llevados a la práctica. Al respecto nos dicen:

“Sé que hay teorías de enfermería para aplicarlo al paciente..., pero también tenemos que evaluar el contexto” (Servicio)

Por lo tanto, la implementación del cuidado mediante la formulación de diagnósticos e intervenciones permite aplicarlos y registrar los resultados de este cuidado, así también permite favorecer y fortalecer la identidad profesional, el incluir una herramienta de uso exclusivo de los profesionales de enfermería en las instituciones, requiere la adaptación de los lineamientos de la NANDA, de tal manera que se reconozcan las taxonomías propias del cuidado y sean aplicadas por todas las enfermeras.

Para que esto sea posible, el profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y la situación en que se encuentra, debe considerar de suma importancia que su práctica diaria es un medio para visibilizar su cuidado, y que un elemento válido y necesario es la investigación, la inserción y aplicación de modelos teóricos como sustento de su cuidado, así obtendrá resultados favorables que fortalezcan un cuidado con calidad y sensibilidad humana, facilitando la

toma de decisiones rápidas y correctas, la habilidad para interpretar los signos y síntomas, las complicaciones y resultados de las intervenciones; además de las habilidades técnicas desarrolladas, se demuestra que la enfermera no solo está las 24 horas de un día con el paciente, sino que tiene la capacidad para demostrarlo y cuidarlo.

C.- CONDICIONES INTERVINIENTES

Se considera como condición interviniente aquellas situaciones que están determinadas por el tiempo, espacio, cultura, condición económica y tecnológica, historia, biografía personal, entre otros; que de alguna forma intervienen en el desarrollo del fenómeno y por lo tanto tiene gran implicancia, Se consideró como categoría interviniente: Motivación y Satisfacción Personal: Pilar Fundamental para el Desempeño Profesional y Refiriendo Aspectos Negativos del Cuidado.

1° Categoría: Motivación y Satisfacción Personal: Pilar Fundamental para el Desempeño Profesional:

La satisfacción profesional ha sido estimada como un factor causal en la calidad del cuidado, pues deriva de ella y los conocimientos que aplica para poder evaluar resultados esperados en el paciente, no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo.

1.1. Sub Categoría: Satisfacción personal y profesional

La satisfacción del profesional se ve reflejando en su trabajo cotidiano, como se relaciona con los demás y como trata al paciente. Al respecto tenemos lo siguiente:

“que puedo hacer a veces hay problemas, pero primero es el paciente” (Abnegación)

“yo vengo a trabajar, si hay problemas pero siempre se resuelven no me amargo el día” (Servicio)

“me siento desarrollada, atender a los pacientes y que se vayan de alta, es mi recompensa” (Consagración)

Contreras y otros (2013) realizaron un estudio para identificar la presencia del Síndrome de Burnout, los estilos de liderazgo y la satisfacción laboral de los profesionales asistenciales de un hospital de tercer nivel y observar su relación, considerando variables sociodemográficas y de acuerdo con los resultados encontraron baja presencia de Burnout y altos niveles de realización personal a pesar de las condiciones laborales adversas precursoras del síndrome.

Reportes de la literatura indican que las personas que sufren el Síndrome de Burnout, sienten baja satisfacción profesional y personal porque no encuentran motivadores que les permitan estar satisfechos, sin embargo, en la mayoría de casos donde hay baja presencia del síndrome o se está en riesgo de padecerlo, se presentaba alta satisfacción laboral a pesar de las condiciones laborales adversas indicando que este fenómeno está sustentado en su motivación intrínseca, lo cual constituye un factor protector. Al respecto nos declaran:

“también trabajo en otro lado, existen problemas más de relación con el equipo de salud, pero no le tomo importancia, yo cumplo con el paciente, me interesa el paciente porque soy enfermera” (Honradez)

“hay muchas carencias, a veces malos tratos; pero es parte de [...] me gusta ser enfermera y trato de hacer bien mi trabajo” (Serenidad)

“siempre hay problemas, con los colegas, los médicos o faltan algunas cosas [...] que hacemos el paciente no tiene la culpa” (Servicio)

Al respecto, las participantes del estudio, indican que muchas veces las condiciones de trabajo no son favorables pero que lo más importante es lograr que el paciente recupere su salud, logre su autocuidado y se reincorpore lo más pronto posible a su casa y sus labores cotidianas, al lograr este objetivo, la enfermera siente la satisfacción profesional porque a través de su cuidado el paciente se recupera y personalmente siente que ha ayudado a la persona, misión que tiene por la vocación profesional que demuestra al desarrollar su labor cotidiana. Ellas refieren:

*“A veces tenemos muchos pacientes, estamos un poco cansadas, a pesar de eso nosotras siempre estamos listas para actuar”.
(Paciencia)*

“Me gusta lo que hago, me siento contenta de haber elegido esta profesión, sí, hay limitaciones, pero ¿qué podemos hacer? (Entrega)

La satisfacción del paciente se refleja en su recuperación del proceso de enfermedad que ha sufrido y el reconocimiento de las personas que lo acompañan durante este proceso. Las manifestaciones que ellos realizan están orientadas no hacia los aspectos técnicos-científicos sino al trato e interrelación que se han entablado durante la hospitalización.

Y estas manifestaciones que realizan los pacientes en relación a su recuperación, promueven la satisfacción profesional; pues reconocen la capacidad y el desempeño seguro que realiza la enfermera en el cuidado de la salud. Así mismo, los profesionales sienten satisfacción porque son reconocidos y favorecen la recuperación del paciente y ellos expresan su sentimiento en palabras:

“Me siento satisfecha cuando el paciente me dice Ud. señorita sabe lo que hace, muchas gracias... eso cambia mi día” (Entrega)

*“al principio el paciente pregunta todo, quiere saber todo, muestra desconfianza, después poco a poco y de explicarle las cosas, empiezan a confiar y ya nos dejaba hacer nuestro trabajo”
(Consagración)*

Por lo tanto, la enfermera que demuestra y pone sus conocimientos para solucionar los problemas del paciente y logra acercarse y reconocerlo como ser humano entonces sentirá que cumple con su labor, con su misión del cuidar a la persona en todas sus dimensiones y se siente satisfecha de hacerlo.

1.2.- Sub Categoría: Sintiéndose motivadas para proporcionar el cuidado pese a los factores negativos de la práctica.

La motivación juega un papel muy importante al interior de las organizaciones, y representa un denominador en la satisfacción del personal, está constituida por aquellos factores capaces de provocar y mantener la conducta del trabajador hacia un objetivo organizacional.

“yo vengo a trabajar tranquila, me siento bien al lado de los pacientes, hago mi trabajo punto” (Serenidad)

“la enfermera sabe que a veces surgen situaciones inesperadas, hay que estar alertas, siempre estar pilas” (Abnegación)

“estar alerta con un paciente cardíaco me da energías para hacer mi trabajo [...] la situación es de vida o muerte” (Prudencia)

“en este servicio aprendí bastante, en mi casa con mi familia, las amistades, me preguntan qué hacer cuando alguien se enferma. (Servicio)

Podemos señalar, que la enfermera muchas veces solo va a realizar el trabajo que le toca hacer, no se percibe emoción por la labor que desempeñan, aparentemente no se sienten motivadas en su centro de labor. Sin embargo, hacen referencia a que algunas situaciones la motivan, manifestando una satisfacción intrínseca.

La escuela más importante de la teoría de la motivación e higiene fue propuesta por Herzbergh (1954), al presentar al mundo empresarial dos revolucionarias ideas. La primera de ellas, que, siendo la satisfacción y la insatisfacción laboral dos dimensiones distintas e independientes, las estrategias motivacionales que se habían venido empleando, como mejorar las relaciones humanas, aumentar los incentivos salariales, y establecer condiciones adecuadas de trabajo, eran incorrectas porque estos elementos no generan una mayor motivación, sólo actúan previniendo o eliminando la insatisfacción. La segunda idea fue sostener que el solo aumento de los salarios, sin que la gerencia se preocupara de las condiciones en que se realizan las tareas demostrando que tampoco sirve para motivar.

Por lo tanto, creemos que la enfermera por su perfil y características inherentes a su profesión, requiere del reconocimiento a su cuidado, al valor de su presencia y aporte científico en la solución del problema de salud del paciente. Elementos que son conducentes a la motivación, que encontramos en las siguientes declaraciones:

“A veces solo necesitamos que nos digan que bien que han hecho este trabajo...” (Respeto).

“Me sentiría mejor cuando se fijan más en mis aciertos que en mis errores, puedes hacer varias cosas bien y nadie lo reconoce, pero si cometes un error... todo el mundo se entera” (Lealtad)

Situaciones aparentemente sencillas, pero en la práctica, pocas veces la labor del profesional de enfermería es reconocida.

Para Serrano (2011), la teoría motivacional más conocida es la planteada por Maslow, basada en la jerarquía de las necesidades humanas; este autor afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto, se establece que éste es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación, así como la experiencia y los factores personales:

“Veo mucho optimismo en los enfermeros, tienen diferentes puntos de vista, porque sus experiencias son diferentes, ganan experiencia y siempre están atentos a lo que quiere el paciente”. (Amabilidad).

“me parece que a muchos les gusta su trabajo, vienen con ideas nuevas, a pesar de las condiciones a veces poco favorables”. (Integridad)

Se reconoce que en las instituciones de salud por múltiples factores existen limitaciones que impiden que el trabajo se desarrolle de forma adecuada, sin embargo, muchos profesionales encuentran diferentes motivaciones que les facilita desenvolverse en su entorno, pero la automotivación es la que más se evidencia en esta institución.

Entiéndase motivación intrínseca como aquel factor que nace del interior de la persona, con el fin de satisfacer sus deseos de autorrealización y crecimiento personal, no nace con el objetivo de obtener ganancias materiales por él resultados, sino del placer que se obtiene al realizar una acción, en el proceso que ha experimentado realizando la tarea.

La motivación intrínseca actúa mediante dos factores: la competencia y la autodeterminación; la competencia es la interacción efectiva que hace el individuo con el ambiente, lo que produce un sentimiento de eficacia, la autodeterminación es la capacidad para elegir y que estas elecciones determinen las acciones.

*“Yo estudio y me capacito por propia iniciativa, me gusta aprender más, a veces es un poco complicado, pero me gusta hacerlo”.
(Confianza)*

“Si es un poco difícil por cambios de turno u otro factor laboral, pero pienso que es importante seguir superándose”. (Entrega)

Elegir ser enfermera implica un compromiso tácito que se adquiere al ponerse al servicio de los demás. Cuando existe motivación para el cuidado advertimos y expresamos mayor afinidad e importancia a las necesidades de los demás. Al igual que Nava (2012), las enfermeras participantes del estudio refirieron que trabajar con vocación, con la aceptación de que ayudamos a los demás, no admite nunca la rutina en la tarea diaria, ni permite que haya días iguales en el quehacer asistencial, cada día es único y se refleja en los valores profesionales e institucionales, así como en los éticos.

Así mismo, refiere que la satisfacción del profesional de enfermería refleja la personalidad de la profesión y que es manifestada a través de cada persona que la ejerce, con sus propios valores y principios que finalmente se evidencia en el cuidado que demuestra como profesional de enfermería.

*“Cada día es diferente, cada paciente es diferente, nada es igual siempre hay algo nuevo, eso es lo que me llena de mi profesión...”
(Serenidad)*

Para Costa (2005) la rutina se establece cuando las acciones/interacciones de las enfermeras están orientadas a la atención física del paciente, a los procedimientos de rutina y protocolos de atención establecidos en la unidad, siguiendo la prescripción médica, por ejemplo, en la recepción/entrega de turno, administración de medicamentos, control de signos vitales, y registros clínicos de enfermería.

“Cuando estoy trabajando la hora se pasa volando no tengo tiempo para nada...” (Discreción)

Considerando estos aspectos, podemos afirmar que, en Enfermería, cuya esencia es el cuidado, se necesita de personas con cualidades personales positivas inherentes a su profesión y vocación, contentas de lo que hacen, que es algo más que un sentimiento, para ponerse al servicio del otro, que en salud o enfermedad necesita de educación, guía y ayuda para conservar su salud. Al ser un cuidado personalizado e interrelacionado se espera que la persona encargada de brindarlo se encuentre en condiciones favorables y le guste realizarlo para que otorgue y comprenda al cuidado de enfermería como una ayuda al otro y no como un sacrificio, considerando importante el reconocimiento al trabajo desempeñado.

1.3.- Sub Categoría: Los valores personales y sociales del enfermero/a guían su práctica cotidiana.

Si consideramos que los conocimientos son indispensables para la práctica, no podemos olvidar los valores en cada acto del cuidado reconociendo que el cuidado se le otorga a una persona con todo su legado histórico, cultural que implica el respeto a su autonomía. Al respecto nos refieren:

“todos los profesionales debemos demostrar los valores morales, cuidamos personas y eso es delicado” (Paciencia)

“algunas veces se trata al paciente como una cosa, pero se deben respetar sus derechos” (Integridad)

“creemos que el paciente es parte del hospital, a veces ni su nombre preguntamos” (Esperanza)

Los conocimientos que son usados para el cuidado del paciente nunca pueden ser separados de los valores que acompañan a la enfermera durante toda su vida profesional, probablemente la enfermera se encontrará en situaciones que implican dilemas, pero por sus conocimientos, experiencia, habilidades y vocación opta por la toma de decisión correcta orientada por sus objetivos y valores éticos en beneficio del paciente.

Todas las profesiones han desarrollado aspectos teóricos y prácticos para ejercerlo en su campo de trabajo, algunas profesiones orientadas a las ciencias de la salud y, particularmente la enfermería, además de lograr la congruencia entre teoría y práctica para insertarlo en el cuidado, requiere de un ingrediente especial que son los valores y la iniciativa de hacer las cosas mejor, que lo conlleva a prestar ayuda a la persona que lo necesita sin interés más que de ayudarlo.

El cuidado al ser considerado como un acto primario y básico que todo ser viviente puede ejercerlo, tal como lo hace una madre con su hijo o entre otros familiares que tienen vínculos sanguíneos o fraternos; la diferencia y característica fundamental en la profesión de enfermería es que lo ejercen personas que no tienen ningún tipo de vínculo afectivo con la persona cuidada, pero que en el camino de la interrelación puede surgir, haciendo la estancia hospitalaria productiva para los actores de proceso del cuidado.

Los valores son un conjunto de creencias personales y actitudes aplicadas a la verdad, a la belleza, cuidar de otro ser humano en su cotidianidad, es ante todo un acto de vida donde se debe respetar a la persona y sus costumbres, que obliga al profesional de enfermería, a poner el máximo empeño en atender al paciente con ética y profesionalismo, y hacer cuanto se pueda para mejorar la salud, ya que deben tener el espíritu de ayuda al paciente. (Badillo-Reyes y otros 2012)

*“los valores lo aprendemos en casa... aquí solo lo demostramos.
(Prudencia)*

“la enfermera respeta su trabajo y es muy responsable, son vidas humanas y diariamente lo demuestra no se toma a la ligera...”
(Equilibrio)

“como actúa una enfermera aquí, es igual que en su casa, el respeto, la puntualidad, el orden, el compañerismo, no lo aprenden aquí, ellas vienen con todo ese bagaje de su familia” (Equilibrio)

Badillo-Reyes y otros (2012), en su estudio titulado: Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería, encontraron que entre los más importantes están la responsabilidad, el respeto, generosidad, benevolencia, seguridad, estimulación y siendo los menos importantes la sabiduría, tradición y el poder o autoridad. Además, encontraron que los profesionales de enfermería poseen valores colectivos más que individuales.

La práctica de los valores, según los autores, está conformado por el conocimiento que es aprendido y la voluntad que es el deseo de lograr el entendimiento. Los valores son practicados de acuerdo a la formación de cada persona, lo que ha aprendido en su vida familiar y por lo tanto algunos serán aceptados y otros no, pero en el entorno social o laboral deben ser expresados y respetados de acuerdo a la organización. Al respecto una de las participantes expresó que depende de los servicios para desarrollar más los valores, como vemos en su declaración:

“UCI por ejemplo es un lugar donde el paciente no habla, no reclama, no manifiesta, no expresa sus sentimientos y lógicamente el personal no tiene la oportunidad de desarrollar esa capacidad de sentimientos hacia sus pacientes, en cambio cardiología es un servicio excepcional porque el paciente permite que nosotros desarrollemos todos nuestros valores”. (Equilibrio)

“Es importante la práctica de los valores personales, uno puede hacer o dejar de hacer cosas nadie te vigila, sólo depende de ti hacer las cosas bien” (Honestidad)

Al respecto, Portieles y otros (2014), en el artículo “Los valores profesionales de enfermería”, mencionan que los valores personales influyen en las interacciones con las personas y en la práctica profesional. Refiere que las enfermeras desarrollan sus valores durante la integración en la profesión y mediante los códigos éticos de enfermería, por lo tanto, la enfermera precisa ser coherente con principios, valores y actitudes que hagan de la vida un buen vivir y de la acción un reto a actuar en forma responsable. Así mismo señala que la enseñanza de valores profesionales, es esencial que se desarrolle dentro del currículo universitario que ayuden a regular la actuación profesional, tales como el amor a la profesión, la responsabilidad y honestidad.

Silva (2009), señala que la interiorización de valores puede caracterizar un comportamiento diferenciado en su modo de actuación profesional, además de conferirle nuevas formas de pensamiento, de interacción social y de emociones que podrán direccionarse, tanto para la construcción del propio sujeto, como para la construcción de la estructura organizacional. De ese modo, las relaciones establecidas son la síntesis de la construcción moral y pueden favorecer la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía.

No olvidemos que existe un aspecto verdaderamente interesante y que hace única la profesión de enfermería y que se fortalece durante la formación y la práctica son los valores personales y sociales que definen el quehacer, en el cuidado cotidiano. La enfermera se enfrenta a situaciones donde debe imperar la honestidad, el respeto, el compromiso desinteresado, la solidaridad y otros que son inherentes a la persona que le ayudará en su desempeño profesional que finalmente es determinado por el saber, pero con un sentido más humano, afectivo, solidario y comprometido con la realidad.

1. 4. Sub Categoría: Reconociendo importante la interrelación enfermero-paciente-equipo de salud como para el éxito del cuidado

En el caso de una persona hospitalizada, las instituciones de salud solo consideran la curación del paciente, procurando mejorar las condiciones biológicas, reduciendo la visión humanista, integral y holística que requiere el cuidado de un paciente, siendo importante la comunicación que desarrollas con ellos. Las enfermeras manifestaron que:

*“la mejor manera de cuidar un paciente es conversando con él”
(Respeto)*

*“cuando el paciente entiende lo que vas a realizar colabora mucho”
(Integridad)*

“a mi paciente que va a sala de operaciones le converso bastante, despejo sus dudas, preguntan todo, después se sienten más tranquilos y cuando bajan a piso colaboran” (Amabilidad)

Desarrollar una visión biologicista para brindar el cuidado, además de las actividades que debe desarrollar la enfermera, la alejan de un cuidado humanizado, porque la comunicación eficaz, la empatía, la escucha activa, la interacción con el paciente y su familia y la participación del paciente para su cuidado quedan relegados por una atención de enfermería basada en el cumplimiento de indicaciones médicas, de carácter biológico.

El ser humano necesita de afecto y sentirse protegido para afrontar sus problemas de salud, el medio hospitalario es nuevo para él, por lo tanto, necesita que lo acompañen durante el proceso de hospitalización haciéndole comprender que su participación es indispensable para su recuperación y regreso a su vida cotidiana, empoderándose del conocimiento que le va a permitir cuidar su salud y asumir su autocuidado.

Como nos manifiestan varias autoras, entre ellas Watson (1998), que el cuidado de enfermería está basado en valores humanísticos y está centrado en las relaciones de cuidado transpersonal, se reconoce entonces, que la interrelación que tiene la enfermera con el paciente y la interacción que desarrolla con el equipo de salud, facilitan la recuperación del paciente, logrando la satisfacción de él y su familia, del equipo de salud y de ella misma. Como refiere una de las entrevistadas en esos momentos de

interacción muchas veces el paciente proporciona datos a la enfermera que no se encuentran en su historia clínica, por ello es de suma importancia esta interacción para mejorar la atención al paciente:

“Tener el tiempo para conversar con el paciente cuando colocas algunas vías que es 5’ o 10’ que puedes conversar con el paciente y puedas preguntar y encontrar algo, te dan datos importantes o información no está en la historia” (Integridad)

También las participantes del estudio consideraron importante la interacción que tiene la enfermera con el equipo de salud, por tratarse de un trabajo multidisciplinario que pone en evidencia los conocimientos que tiene la enfermera, al igual que la de los demás profesionales; lo cual agregado a sus experiencias lo ponen al servicio de la recuperación del paciente. Como podemos observar en sus expresiones:

“El trabajo es en equipo, yo tengo mis propias actividades, los demás también, es importante conversar todos por el bien del paciente” (Prudencia)

“Algunas personas vienen y te quieren mandonear, tranquilamente yo explico mi posición y me hago respetar” (Equilibrio)

“Todos estamos conversando sobre la evolución del paciente, a mi todos me preguntan, porque las enfermeras pasamos más tiempo con el paciente” (Respeto)

La enfermera es capaz de cuidar al paciente con todos los conocimientos adquiridos durante su formación, la capacitación continua y la experiencia que obtiene en la práctica de su quehacer cotidiano y que en situaciones de urgencias o críticas actúa con decisión firme y autónoma, siendo lo más importante que considera al ser humano como tal, no solo como un objeto o instrumento de trabajo y a la vez coordinan y comunica todas las acciones al equipo de salud.

El cuidado humanizado se evidencia cuando el trato a la persona se realiza con profundo respeto considerando sus ideas, pensamientos y expectativas al estar en el medio hospitalario, el cuidado humanizado

permite que la enfermera realice un diagnóstico de las necesidades del paciente y no solo juzgar sus acciones busca comprenderlo y tratar de enseñarle el camino correcto para que recupere su salud.

*“El paciente sabe lo que tiene, el conoce mejor su cuerpo y su enfermedad... lo que me cuenta me sirve para entenderlo mejor”
(Esperanza)*

Otra característica de la interacción enfermero-paciente consiste en que genera cambios en ambos participantes; el enfermero influye sobre el paciente, lo mismo que éste lo hace sobre el enfermero; este hecho permite al enfermero apoyar a los pacientes y contribuir para el bienestar por la vía de prevenir la enfermedad, la inhabilidad y el sufrimiento, y contribuir al mantenimiento de la salud, o a una muerte con tranquilidad y dignidad. (Cossette y otros, 2006)

Otro postulado de Travelbee (1996) es: Un enfermero siempre asiste a otros; pero se debe considerar que el paciente es único y por tanto su respuesta también, considerando que el cuidado clínico comprende cuidados técnico profesionales; el cuidado relacional se concentra en la ayuda para explorar la importancia de la vida y el significado de la resolución eficiente de los problemas; el cuidado humanístico considera al paciente como individuo completo ofreciendo un apoyo que va más allá del padecimiento que sufre y el cuidado, considerando el confort, también se relaciona con el respeto, la privacidad y la resolución de necesidades básicas.

La aportación de Duffy y otros (2007) en cuanto al diseño y validación de instrumentos, destaca el Caring Assessment Tool (CAT), diseñado para medir la percepción del cuidado desde el punto de vista del paciente. El CAT fue desarrollado en 1990 con el enfoque de la Teoría del Cuidado Humano de Watson y quedó constituido por 8 factores o componentes del cuidado, que fueron:

1. Resolución mutua de problemas (siente que la enfermera le ayuda a resolver sus problemas);

2. Atención al consuelo o reconfortamiento (disponibilidad de interés de la enfermera, da esperanzas, sensibilidad ante sus problemas);
3. Respeto (acepta al paciente, le pone atención);
4. Promoción del ánimo (demuestra empatía, calidez);
5. Apreciación de significados únicos (cómo los pacientes ven las cosas);
6. Ambiente de sanación (tiene una visión holística);
7. Adhesión a las necesidades (reconoce y apoya ante carencias);
8. Necesidades básicas humanas (resuelve necesidades de carácter fisiológico).

De esta forma el paciente puede identificar claramente el trabajo de la enfermera y el cuidado que le otorga, como percibe su entorno y como día a día se resuelven sus necesidades, diferentes al tratamiento médico que también lo percibe durante su estancia en el hospital. El cuidado no es único ni exclusivo de enfermería, pero, es necesario diferenciar la forma, el momento y como lo desarrolla la enfermera.

Al respecto se obtuvieron las siguientes declaraciones de las enfermeras del estudio:

“Para conocer a mi paciente, primero me presento y luego converso con ellos, trato de tener su amistad, ganarme su confianza, para que pueda aceptar siempre los consejos, las orientaciones, la educación sanitaria que se les puede dar como enfermera y el tratamiento que se les imparte de acuerdo a la indicación médica”. (Respeto)

“Creo que emocionalmente un paciente se siente mejor si sabe quién lo atiende, tiene confianza y participa para que uno lo pueda atender” (Amabilidad)

“Me presento, siempre me presento, le digo mi nombre y que soy la enfermera, sino a veces te dicen doctora” (Abnegación)

Al respecto, Travelbee (1996) define la enfermería como un proceso interpersonal, en el cual el enfermero asiste a un individuo o familia a

prevenir y enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar significados de esa experiencia. El proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos que son utilizados para informar y comunicar cuando no es posible hacerlo mediante el lenguaje hablado.

Finalmente se realiza una interrelación adecuada, favorable y positiva que le reporta crecimiento como persona y profesional que produce un impacto en el paciente, familia y equipo de salud y por lo tanto se va generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud.

Pero no solo es la interacción o interrelación adecuada, es importante que la enfermera se sienta segura de su cuidado, todas las profesiones dentro de su ámbito de trabajo permiten tomar decisiones y acciones basadas en el conocimiento que desarrollan durante su etapa de formación, en el caso de la salud los profesionales deben ser autónomos ya que poseen una cultura propia basada en códigos de ética, normas, lenguaje y comunicación típica relacionada a su campo de acción.

El cuidado del paciente lo realizan los profesionales de la salud que deben estar en interrelación constante y en continua coordinación con la enfermera; quien debe estar capacitada para decidir qué acciones tomar para solucionar los problemas de salud que puede presentarse:

“Creo que la enfermera tiene sus propias iniciativas, de tomar decisiones en cualquier eventualidad. Muchas veces el paciente se pone mal, la enfermera con todos sus conocimientos tiene que actuar, porque hasta que llegue el médico ya puede ser muy tarde. Entonces la enfermera toma sus propias decisiones e iniciativas”
(Abnegación)

Sin embargo, se reconoce que existe una profesión dominante a cargo de las acciones que debe realizarse con los pacientes, lo cual no debe quitar la autonomía y capacidad basada en conocimiento que tiene el profesional

de enfermería para tomar decisiones en determinadas situaciones donde prima la satisfacción y beneficio del paciente.

Esto es posible siempre que el profesional demuestre a los demás integrantes del equipo de salud que el conocimiento y la capacidad de resolución de problemas le permite tomar decisiones adecuadas y a su vez su status profesional sea reconocido, tenemos la declaración de una de las participantes:

*“La enfermera está 24 horas con el paciente, es ella quien está al tanto de todo, es el enlace entre todos los que trabajamos aquí”
(Consagración)*

Los profesionales de enfermería están en contacto con el paciente y saben los procedimientos que se les realiza constantemente, son ellos quienes coordinan, facilitan, priorizan y promueven el cuidado integral del paciente, algún aspecto ignorado por otro profesional es detectado por la enfermera y debe solucionarlo para el bienestar de él.

Las participantes del estudio concuerdan, además, con el hecho que las enfermeras están en contacto permanente con el paciente, para Beltrán (2008), es la misma enfermera quien reconoce que en el paciente la enfermedad trae consigo sufrimiento debido a que genera dolor, alteraciones físicas, psicológicas, proximidad con la muerte y desesperanza y que el sufrimiento varía en intensidad, duración y profundidad, cada persona lo vive a su manera; por lo que la enfermera tendrá que acompañar, dar ánimo, esperanza y consuelo; y contrarrestar la soledad, la tristeza, la incertidumbre, la angustia y el dolor., como podemos observar en esta declaración:

“Para que la enfermera pueda trabajar bien, primero debe ganarse la confianza del paciente, una vez que eso sucede te cuentan todos sus problemas personales, familiares a veces lloran y luego se sienten aliviados y más participativos”. (Integridad)

“En la calle mis pacientes me saludan y me presentan a sus amigos, me tratan como si fuera su amigo, con mucho respeto y confianza,

*porque cuando estuvo aquí, me conto todos sus problemas”
(Honradez)*

*“Muchas veces o único que quiere un paciente es hablar, sacar todo
el peso de su cuerpo, sus problemas, son muchas cosas” ((Respeto)*

La comunicación es un aspecto muy valorado, las interrelaciones personales depende de cómo se comunican las personas. La enfermedad que sufre una persona, supone una serie de cambios en la vida de esta, que al verse en una situación diferente no solo se queja de problemas físicos o fisiológicos, sino también, presenta problemas psicosociales, familiares y hasta económicos; que si bien es cierto no se pueden solucionar en el ámbito de salud, ellos necesitan ser cuidados íntegramente y muchas veces la interacción positiva promueve la confianza del paciente y al sentirse escuchados cuentan sus problemas contribuyendo así al alivio de sus preocupaciones y favorece en su experiencia del proceso de hospitalización.

Pytel y otros (2009) realizaron un estudio en Emergency Institute, Cleveland Clinic USA, donde valoraron la percepción del paciente respecto a sus necesidades de comunicación, comparando la percepción de la enfermera con la del paciente, señalando importantes habilidades como el contacto visual, el tono de voz, el lenguaje adecuado al paciente, la información sobre terapéuticas, la actitud de escucha, el respeto, y la compasión, finalmente refieren observaron coincidencia entre ambas percepciones con prioridad en los indicadores: ofrece confianza ante sus temores, ofrece confort y lo mantiene informado sobre pruebas y tratamientos; y menor similitud entre la importancia del contacto ocular y el uso de voz templada, estos dos últimos con mayor reconocimiento por parte de la enfermera.

Por lo dicho anteriormente, podemos afirmar que el cuidado de enfermería depende de la presencia de las enfermeras al lado de los pacientes, quienes por lo menos esperan un saludo aunque en muchas ocasiones el acercamiento con el enfermo se circunscribe a la realización de procedimientos dirigidos al cuidado físico y no a la asistencia emocional o psicológica.

Algunas veces, de parte del profesional el cuidado del paciente es considerado como una labor por cumplir, una tarea y un tratamiento por realizar; una enfermedad, un diagnóstico, un número de cama, razones por las cuales las enfermeras no ofrecen calor humano y afecto durante las interacciones del cuidado, aun cuando la realización de procedimientos establecidos para la curación y recuperación de la salud de los pacientes supone un contacto directo de la enfermera con sus pacientes.

"A veces no hay tiempo para hablar con el paciente, son tantos, entran, salen y solo me fijo en el tratamiento y llenar todos los registros..." (Integridad)

"Que se puede hacer... no alcanza el tiempo, pero siempre les pregunto por lo menos su nombre..." (Servicio)

La enfermera no siempre observa ni interpreta los gestos, movimientos y posiciones con los cuales los pacientes comunican sus sentimientos, emociones y percepciones; además las dificultades para escuchar generan informaciones difusas incompletas o falsas que pueden conducir a decisiones o conclusiones erróneas.

Aspectos como el mencionado afectan los resultados del cuidado, la enfermera puede tener múltiples habilidades técnicas para ser aplicadas en el tratamiento de los pacientes, pero se reconoce que las técnicas interpersonales positivas facilitan una opinión favorable de los pacientes, quienes al comunicarse entre ellos o con sus familiares describen a las enfermeras como amigables amables, afectuosas, compasivas, interesadas en su persona, confiables, que les gusta su trabajo y lo hacen muy bien. En cuanto a una interrelación negativa, simplemente desarrollan una percepción negativa de las enfermeras, considerándolas como calladas, bruscas, estresadas, nerviosas o inseguras o que simplemente no les gusta su trabajo. Y la enfermera lo reconoce, veamos la siguiente declaración:

"Bueno, creo que cada profesional nos damos a conocer de repente por nuestra manera de trabajar, cómo nos comunicarnos, como le hablamos, como los miramos, ellos sienten más confianza, sienten

que lo vas atender bien, nos ven trabajar y tienen confianza en nuestro profesionalismo”. (Discreción)

Se sabe que, una interacción favorable genera satisfacción en ambos y que las cualidades y técnicas desempeñadas por las enfermeras se relacionaban con el cuidado de excelencia, por la pronta respuesta que reciben para solucionar sus necesidades, el reconocimiento de la dignidad y la comunicación interpersonal son factores que reconocen los pacientes del trabajo de enfermería y facilita la confianza y participación del paciente en su recuperación.

Por lo tanto, se puede decir que los pacientes valoran la comunicación, empatía y respeto que percibe a su alrededor siendo las relaciones interpersonales uno de los indicadores de calidad más apreciados por el paciente, la familia y el equipo de salud.

1.5.- Sub Categoría: Revalorando el cuidado de enfermería.

La persona que llega en busca de un servicio de salud tiene múltiples problemas que no solo se manifiestan como un síntoma físico, también manifiestan conflictos familiares, sociales, culturales y espirituales que tienen que ser asumidos y comprendidos por la enfermera

“El cuidado son las atenciones que uno tiene que brindar a todos sus pacientes con una integridad de acuerdo a su problemática, no solo de salud, también familiares, económicos y de trabajo”. (Equilibrio)

Constantemente el paciente evalúa la situación en que se encuentra, pero sobretudo, evalúa a la profesional de enfermería porque es quien más tiempo está al lado de él, conoce aspectos de su enfermedad, administra el tratamiento y realiza coordinaciones permanentemente con sus pares y el equipo de salud. Variables tales como la actitud de las enfermeras, el bienestar de ambos, la percepción de los pacientes en cuanto a la empatía de las enfermeras, la sensación de confianza, la disminución del estrés, repercute en la satisfacción de los pacientes con el cuidado brindado.

Debemos entender que el cuidado tiene una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno, de continuar con el cuidado o de una educación rutinaria día a día; el cuidado para lograr la satisfacción del paciente es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones, y que él confíe plenamente en el cuidado de la enfermera.

“No solo nos preocupa la enfermedad, también qué siente, qué piensa”. (Integridad)

El cuidado de enfermería es un acto integrado orientado a la satisfacción de la persona, Watson (2005), refiere que el cuidado es para la enfermera su razón moral, no es solo un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente, que además implica cercanía con el paciente por medio de expresiones verbales y no verbales que generan comunicación que favorece la aplicación de cuidados técnicos y propicia la satisfacción del paciente y de la enfermera como resultado de la interacción.

Esta confianza ayuda a que el paciente sea un ser activo en su propio cuidado, el acercamiento y la predisposición que tenga la enfermera para su cuidado permitirá que él participe activamente y dejará que la enfermera intervenga a favor de su bienestar.

Al respecto Waldow (2014), señala que algunos de los comportamientos y actitudes que tiene la enfermera durante el cuidado que brinda a su paciente son el respeto, la gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad. Al percibir e identificar estos comportamientos y actitudes, los pacientes, en general se sienten seguros por recibir un cuidado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de consideración, comprensión; con toques amables, respetuosos.

Desde esta visión para que el cuidado se concrete y sea efectivo, los pacientes deben sentir confianza y seguridad porque ellos consideran que ella los considera como seres humanos y no como objetos que los califique

peyorativamente. Es importante que se proporcione comodidad y bienestar, no solo de orden físico, sino también espiritual, usando gestos, miradas y palabras como en el silencio, aliento, solicitud y compasión. Escuchar es un cuidado de mucha valoración y cuando el paciente no puede o no quiere hablar, el silencio y el toque, además de la mirada cariñosa, pueden ser el hecho diferencial.

*“Claro, el conocimiento definitivamente influye en el cuidado, ya que a veces los vemos muy superficialmente. De pronto te llama la atención un paciente y es el más delicado, tú vas a evaluando y si vez alguna alteración de los signos vitales o cualquier otro problema que en esos momento se presenta, entonces brindas tu atención”.
(Equilibrio).*

“a veces el paciente está ansioso o desconfiado, le toco el hombro y le sonrío y él se tranquiliza” (Serenidad)

El cuidado humanizado parte del corazón de la enfermera que fue libre de elegir esa profesión y es responsable de adquirir conocimientos que le permitan ayudar a preservar la vida y colocar al paciente en las mejores condiciones para cuidar su salud, eso es cuidado humanizado y por tanto responsabilidad de la enfermera. Es importante revalorar estos aspectos, el conocimiento y la experiencia evidencian el cuidado de enfermería.

Poblete y Valenzuela (2007) refieren que los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es decir un cuidado humanizado y transpersonal.

*“Observo que el paciente está atento al trato de la enfermera...”
(Solidaridad)*

“Me dicen señorita es usted muy “buenita”, así deben ser todas, algunas vienen molestas...” (Confianza)

Entonces valoramos los aspectos de la empatía y el respeto como condiciones facilitadoras de la relación terapéutica y colaboración del paciente. Para Cibanal y otros (2010), la capacidad de comprender

correctamente lo que experimenta la otra persona, no sólo entender las palabras, sino los sentimientos y las emociones, valorar con precisión sus preocupaciones y problemas, permite obtener su confianza. En cuanto al respeto señalan los autores mencionados, que implica aceptación positiva, manifestar disposición de tiempo y energía, valorar al paciente como persona única con las cualidades y los recursos limitados por efecto de la hospitalización y que deben ser estimulados para ser ejercidos.

2° CATEGORÍA: REFIRIENDO ASPECTOS NEGATIVOS DEL CUIDADO

Los expertos opinan que la insatisfacción de los profesionales se debe a factores tales como: escasa autonomía, falta de reconocimiento profesional, autoridad extrema, pocas posibilidades de promoción y formación, tensión en las relaciones interpersonales, tareas rutinarias o salarios inadecuados, entre otros.

2.1. Sub Categoría: El conformismo deteriora e impide el desarrollo profesional,

Las participantes del estudio valoran la capacitación que brinda el posgrado, sin embargo manifiestan aspectos negativos que les dificulta desarrollarlos, además que se considera que los estudios de especialización y los de post grado son recientes en nuestro medio, necesitando de un impulso para que la mayoría de profesionales lo realicen, considerando, además, que las condiciones de un profesional de enfermería son diferentes, en cuanto a la modalidad de trabajo, el horario y el cuidado de otra persona que, de alguna forma, impiden la capacitación del profesional. Al respecto tenemos la siguiente declaración:

“Nunca me dijeron que podía hacer más cursos para ser mejor profesional, termine de estudiar me puse a trabajar y así estuve por mucho tiempo” (Consagración)

“Parece que yo me encontraba en un poco de letargo ¿no? Uno fue que me atacó mucho la parte económica, me puso letargos como lagunillas mentales, que no me dejaban avanzar. Y faltó alguien que me llevara un poco de la mano, que me abriera los ojos, que me orientara un poco” (Amabilidad)

La capacitación de enfermería es un proceso permanente para adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, es un proceso necesario e indispensable en los profesionales para mantenerlos vigente dentro de su área de trabajo, sin embargo, por diferentes circunstancias y las dificultades que se presentan en algunas enfermeras no la consideran necesaria, como podemos observar en las siguientes declaraciones:

“La mayoría estamos observando que hace el resto, no pensamos bien, en vez de pensar en qué aportamos para ayudar, pensamos en lo negativo, muchas veces me dijeron para qué estudio tanto...” (Abnegación)

“Pero también hay mucho conformismo, mucho [...] Salir del paso estudiar para poder ganar algo, poder trabajar” (Servicio)

“Son pocas las enfermeras que se preocupan por seguir aprendiendo [...] son pocas” (Equilibrio)

Entonces afirmamos que la capacitación es un recurso importante para la formación y actualización de los profesionales. La innovación y los cambios tecnológicos en estos últimos años se han incrementado exponencialmente por lo tanto es necesario que el profesional se desempeñe de manera competente y provechosa para el cuidado del paciente, demostrando su compromiso con la profesión y con el ser humano.

El desarrollo de los programas de capacitación deben considerar varios factores, primero que la obtención de conocimiento debe mejorar la calidad

profesional, incrementar sus habilidades y destrezas en los procedimientos, también debe favorecer al cambio de actitudes y aptitudes del profesional; en segundo lugar debe satisfacer las expectativas del personal de enfermería en cuanto a la experiencia, conocimiento y capacidad, el ambiente y los recursos didácticos así como, de la experiencia del docente para que el resultado de esta capacitación redunde en el beneficio de la persona.

Sin embargo, conforme nos refieren para Flores-Peña y otros (2006) existen algunas dificultades que influyen en la capacitación, entre ellos se encuentran el turno laboral a pesar de estar estipulado que la capacitación debe darse dentro de la jornada del trabajador, la realidad es que la mayoría de cursos los proporcionan en el turno matutino. Por lo tanto, existe mayor posibilidad de asistir en los días de descanso o en turno contrario al que se tiene, porque las prestaciones laborales no son las suficientes para el número de días u horas de los cursos de capacitación. Al respecto declaran las entrevistadas:

“Veo muchas dificultades en los turnos, algunas amigas estudian, pero paran estresadas por su rol... a veces no les quieren hacer cambios...” (Consagración)

“No sé, pero cuando alguien estudia veo que hay mucho egoísmo y entre nosotras no nos apoyamos... eso me desanima”. (Honradez)

Entonces antes de realizar un plan de capacitación es necesario conocer las necesidades del personal de enfermería y de la institución, desarrollar nuevas estrategias en cuanto a los turnos de trabajo y promover situaciones para facilitar la capacitación de los profesionales.

2.2. Priorizando a la familia frente a la realización profesional

Se están haciendo esfuerzos por sensibilizar al profesional de enfermería sobre la importancia del Cuidado humanizado y como esencia de

la profesión, primero debe ser reconocido el hecho de que los pacientes son seres humanos, tienen sentimientos y vivencian de modo particular el proceso de vida o muerte de la persona cuidada, no pueden estar alejadas de ellos, no se puede despojar de sus sentimientos para cumplir con su rol profesional, otro aspecto importante es el rol social que desempeñan, tienen familia, padres, esposo(a), hijos y por lo tanto tienen sus propios problemas que deben ser superados para que no influyan en el cuidado que ofrecen, tienen aspiraciones, objetivos y prioridades que deben ser conjugadas con su trabajo.

Al respecto se tiene lo siguiente:

“Tengo familia, me gustaría hacer más, estudiar, pero las necesidades económicas son grandes tengo dos brazos y dos piernas y no solamente trabajo aquí. A pesar de ello al llegar a este trabajo el cansancio se va porque me gusta lo que hago”.
(Discreción)

“Ni hablar, ahora no puedo... me gustaría como otras estudian... pero primero están mis hijitos aún son pequeños... no, no hay forma” (Servicio)

La familia es un elemento importante en el desempeño laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad puede repercutir en el desarrollo de algunas alteraciones de enfermedad o de interrelación, en estos días las personas que trabajan al servicio de otras personas se enfrentan a un gran dilema que surge cuando tratan de conciliar el papel de trabajador, la vida y las obligaciones familiares.

“Solo trabajo en el hospital. Bueno, no por falta de oportunidades, porque la enfermera tiene, un montón de campo, y bastantes oportunidades, pero por ahora mi prioridad es mi familia”.
(Abnegación)

En el caso de la enfermera el turno rotativo es en cierta forma un problema pues desean disponer de más tiempo para sí mismos, para la pareja, para la familia; pero no consiguen sacar ese tiempo de su situación

real. El contexto de trabajo se presenta como una presión continua y una demanda de presencia y de compromiso que hace que estos sean cada vez más dependientes del trabajo.

“Pero tengo familia, todavía ¿no?, por mis turnos a veces no estoy en casa y debo aprovechar al máximo estar con ellos... De repente más adelante decida hacer algo, en un momento no muy lejano me gustaría hacer algo, asociarme con alguien y hacer algo netamente de enfermería, pero todavía no me he puesto a pensar en qué podría hacer”. (Servicio)

También, las condiciones laborales en que se encuentra la enfermera, a veces la desalientan y da lugar al conformismo profesional. Algunas profesionales ejercen el cuidado asistencial y solo desarrollan esa labor, ellas reconocen que no existe suficiente motivación para seguir capacitándose o por cuestiones familiares no lo realizan pues consideran que la prioridad es su familia y que en algún momento les gustaría capacitarse.

2.3. Condiciones desfavorables desmotiva para el cuidado.

Además, la sobrecarga laboral, la falta de materiales o equipos, la falta de personal, las diferencias entre el equipo multidisciplinario y otras situaciones hacen que la enfermera limite su cuidado solo a lo indispensable, como es el cuidado físico, que muchas veces es interpretado por los pacientes como “...la enfermera es mala” “no me hace caso”, y algunas veces la enfermera, también afectada por otros factores se siente agobiada y muchas veces poco comunicativa con las personas. Esta situación es percibida por la propia enfermera:

“... pero a veces con la cantidad y calidad que tenemos del paciente, estamos pocos momentos con ellos, se conversa muy poco con ellos, entonces no abarcamos muchas cosas, si tiene dolor se

administra su analgésico indicado, es lo que por mi parte hago con el paciente". (Abnegación)

"Es importante conversar con el paciente, pero ahora se ha perdido la comunicación, porque falta personal, aquí hay escases de personal, entonces nos avocamos más a controlar al paciente iniciar medicamentos indicados, entonces no hay mucho acercamiento y es por eso que el tiempo no es suficiente para dedicarlo al paciente". (Integridad)

"Del cuidado me encantaría que fuese más minucioso, pero lamentablemente la cantidad de pacientes que nos asignan por enfermera no nos permite eso, con las justas solo nos permite poder darles tratamiento y hacer lo mínimo indispensable". (Servicio)

El número de pacientes asignados al cuidado de enfermería es un aspecto muy importante, pero a veces ignorado por los responsables de la distribución de recursos humanos. Se ha demostrado que los accidentes sufridos por los pacientes, en su mayoría son en grupos de más de 30 pacientes asignados a una enfermera. La situación empeora por la escasez de personal profesional, esta situación es percibida por la propia enfermera:

"A veces tenemos tantos pacientes que solo me ocupo de lo básico, funciones vitales, tratamiento y a escribir" (Servicio)

Se observa que la enfermera dirige su trabajo de acuerdo a las demandas del cuidado, evalúan rápida o rutinariamente las necesidades de los pacientes y los otorgan, muchas veces sin interrelacionarse con ellos, prioriza su labor a las necesidades impuestas por la institución o por sus propias necesidades (cansancio, stress, etc.)

Uno de los aspectos fundamentales durante el desarrollo del trabajo profesional son las condiciones de trabajo. Castrillón (1997) considera que las condiciones laborales influyen en el trabajador, por un lado, las condiciones materiales como la higiene, seguridad y comodidad, además de

las políticas institucionales, los horarios, el salario y la estabilidad laboral, y por otro lado las de orden psicosocial que corresponde a las interrelaciones con el grupo, la autoridad y canales de comunicación. Al respecto las participantes del estudio nos dicen:

“En este caso cuando trabajamos en la sala de críticos y la sala está llena, con una gran cantidad de medicamentos que hay que administrar, entonces te avocas muy poco al paciente, poco contacto directo, buscando material porque a veces no hay...” (Honradez)

“Yo creo que el cuidado es humanizado de calidad, personalizado usamos mucha ética y depende mucho del servicio donde uno trabaja. Hay servicios donde la carga laboral es intensa, ni la infraestructura ni los materiales son suficientes, pero la enfermera se las ingenia”. (Equilibrio)

El trabajo asistencial que se desarrolla en las instituciones de salud es intenso en carga física y mental, extensa en horarios, siendo rotativos, fines de semana o feriados, de gran implicancia emocional, principalmente en servicios de emergencia, cuidados intensivos, áreas críticas y salud mental, teniendo responsabilidad sobre el cuidado del paciente y estar completamente a su disposición para satisfacer sus necesidades, además de, estar pendiente de las necesidades de los familiares que están expectantes del desarrollo del trabajo de enfermería, aspectos que son generadores de estrés emocional y fatiga, que ya ha sido ampliamente demostrado en diversas investigaciones realizadas por las mismas enfermeras .

Nota de observación: Esperanza, al expresar esta realidad muestra su enojo y me muestra todos los cuadernos de datos informativos que deben de realizar, además de la función asistencial, deben realizar la parte administrativa lo que implica doble trabajo, la existencia de varios registros que no están incluidos en la norma técnica del MINSA sobrecarga el trabajo del profesional de enfermería (15 Marzo 2014 9:00 am).

Orrego y otros (2000), en su estudio: Estado del Arte de la Investigación demostraron que las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. Considerando que es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud, además de que las enfermeras reportan como principales problemas de salud identificados los osteomusculares y articulares, los producidos por lesiones con instrumentos corto-punzantes y las alteraciones del patrón de sueño.

“A veces me siento muy cansada, por algún motivo se trabaja turnos seguidos y se siente cuando trabajamos” (Servicio)

“Después de una guardia es muy cansado, a veces sólo tenemos un día de franco y vengo cansada...” (Consagración)

“Cuando tengo muchos pacientes y hay que moverlos se empeora mi dolor lumbar... creo que todas las enfermeras sufrimos de eso”. (Honradez)

“A veces sólo hago lo que puedo, hay momentos en que ya no puedo más...” (Integridad)

Cómo nos dice la literatura consultada, el trabajo que desarrolla la enfermera es muy importante, de gran responsabilidad y algo complicado, complejo, por los turnos rotativos y guardias nocturnas que realiza este profesional, lo que altera su calidad de vida, sin poder establecer estilos de vida saludables.

Entonces, se observa que la enfermera dirige su trabajo de acuerdo a las demandas del cuidado, evalúan rápida o rutinariamente las necesidades de los pacientes y los otorgan, muchas veces sin interrelacionarse con ellos, prioriza su labor a las necesidades impuestas por la institución o por sus propias necesidades (cansancio, stress, etc.). Las enfermeras refirieron estrés ante las necesidades emocionales del enfermo, miedo ante las

situaciones críticas, así como carencia en habilidades para la comunicación. (Stovsky citado por Bengoechea (2001))

En el caso de los estudios de tipo cualitativo, se concedió mayor énfasis a la observación del contacto visual, de las posturas relajadas y del tono de voz. Finke y otros (2008) en una revisión bibliográfica, encontraron que la baja comunicación afecta la recuperación y consecuentemente a los días de estancia, además los pacientes reportaron frustración por las barreras en la comunicación.

Esta situación, aunadas a otras de carácter personal, enfrenta a la enfermera a situaciones conflictivas en la realización del cuidado, primero considerar que es un ser humano que al igual que todos, tiene momentos favorables y desfavorables durante su cotidiano. Segundo, tiene a su cuidado personas que sufren por un proceso de enfermedad que pueden conllevarlo a la muerte, tercero tiene que afrontar la muerte de otro ser humano y finalmente debe relacionarse en armonía con todos los involucrados en el cuidado del paciente, al inicio los sucesos negativos calan hondo en las enfermeras pero aceptan que con el tiempo esta situación va cambiando, al respecto:

*“El hecho de que el paciente puede morir entristece demasiado, es una experiencia desagradable, más aún el tiempo que se compartió con él, pero con paso del tiempo se toma como un proceso normal”
(Equilibrio)*

Es difícil es estar día a día con otra persona que sufre y transita por el camino de la enfermedad llegando hasta la muerte. Múltiples interrogantes surgen en este contexto del cuidado, de interrelación enfermera – paciente, la enfermera tiene que enfrentarse en su cotidiano con esta situación y ¿cómo puede ella continuar desarrollando sus actividades habitual y normalmente después de una muerte?, y peor aún, la enfermera percibe lo que piensa el paciente, percibe su actitud negativa, pudiendo responder con irritabilidad, pérdida de la motivación hacia el trabajo, reflejando respuestas

negativas hacia uno mismo y al trabajo, como baja autoestima, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Al respecto:

“Medicina por ejemplo es un servicio bastante diferente, también el personal es más indolente, hay tantos pacientes, tantas patologías y variadas, las condiciones de higiene incluso los aspectos culturales también, todo, todo influye, el grupo etario también”. (Equilibrio)

A esta situación se añade el constante movimiento de profesionales en los diferentes servicios, no llegando en muchas ocasiones a adquirir los conocimientos y la práctica suficiente para el correcto funcionamiento del equipo asistencial, lo que afecta de manera importante a los cuidados del paciente.

Para Carvallo (2010), La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) considera como obstáculo para el desarrollo de servicios de salud eficaces, la situación actual del personal de Enfermería caracterizada por la escasez, la utilización inadecuada del recurso humano y las deficientes condiciones de empleo, situación que ha inducido a altas tasas de deserción profesional.

El personal de Enfermería se ve afectado por diversos factores que intervienen en su satisfacción laboral, como lo son la tensión relacionada con el trabajo, competencia profesional, presión del trabajo, monotonía laboral, remuneración económica, carga laboral, relaciones interpersonales tanto con los jefes como con los compañeros. Herrera (2008) en su estudio Condiciones Laborales y Grado de Satisfacción de los Profesionales de Enfermería, menciona que Hoppock pone en evidencia que los factores nombrados anteriormente, conllevan a los trabajadores a sentimientos de fatiga, monotonía, estrés, y desinterés por las actividades realizadas, lo cual afecta directamente el desempeño laboral y por lo tanto su imagen profesional.

Todos estos aspectos inciden también en la imagen profesional por ejemplo, Chuaqui-Kettlun y otros (2014), en su estudio de investigación: La

identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso en los años 1933-2010, identificó que, al igual que las sociedades modernas, la enfermería está caracterizada por un creciente individualismo y complejización de sus procesos, por la exacerbación de la responsabilidad personal y los múltiples quehaceres de estos/as estimulados por el desarrollo científico y académico de la profesión. Algunas situaciones son interpretadas por los enfermeros que refieren:

“Hay bastante egoísmo, bastante, bastante, por eso la profesión no crece por la envidia”. (Consagración)

“A veces no hay colaboración entre enfermeras, he visto indiferencia” (Discreción)

“Es complicado cambiar de turnos... si es fin de semana peor y algunas noches son fuertes” (Paciencia)

“La enfermera no está bien vista lamentablemente algunos pequeños grupos en este servicio o tú servicio que hemos ganado cierta posición, pero no se generaliza ¿no? Y seguimos siendo como los brazos o piernas del médico”. (Servicio)

La enfermera es un ser humano por lo tanto también requiere condiciones adecuadas que permitan brindar un cuidado de calidad.

C. LAS ESTRATEGIAS

Se consideran estrategias a las acciones o interacciones que son identificadas con el carácter procesual (secuencias, movimiento, cambios, entre otros), con un propósito, una finalidad, como categoría de estrategia se estableció la cuarta categoría:

1.- CAPACITACIÓN PERMANENTE ACEPTADA Y ADOPTADA COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMIENTO PROFESIONAL:

La capacitación permanente es una de las estrategias para fortalecer la profesión. Actualmente, es una exigencia para la enfermera prepararse más,

desarrollando los estudios de post grado, la demanda laboral crece, la exigencia de una enfermera más competente también, se espera que estudie, se capacite pero sin alterar el desarrollo de su trabajo, se exige pero no se dan las condiciones económicas ni institucionales para que esta profesional se desarrolle, siendo ya un esfuerzo personal para que logre sus objetivos de crecimiento profesional, siendo considerado como un aspecto más del trabajo.

1.1 Resaltando la importancia de la formación del enfermero en el pre grado

Las enfermeras participantes del estudio consideraron importante la formación profesional en el pregrado debido a que en el hospital realizan sus prácticas estos estudiantes:

Dos de las enfermeras que participan en el estudio son docentes de instituciones superiores expresaron una opinión crítica sobre la formación de los estudiantes que realizan prácticas en la institución; ellas opinaron que las instituciones de educación superior, tienen la finalidad de cultivar las actitudes y el carácter del estudiante quien es único, indivisible e irrepetible, un humano biopsicosocial y espiritual, es decir una entidad axiológica. Por lo tanto, la educación debe tomar en cuenta la parte actitudinal de la persona, ya que es una fuerza que motiva al ser humano a decir sí a la vida, a pesar de sus circunstancias. Se encontraron las siguientes declaraciones:

“Para ser enfermero, las universidades deben tener los requisitos que debe cumplir un estudiante y también el personal docente, para poder enseñar, porque en realidad no nos fuera mal si constantemente los evaluaran a los alumnos y los capacitaran a los docentes”. (Amabilidad)

“Si quieres tener un buen profesional creo que el filtro es en el pregrado porque de ahí se ve el perfil del alumno”. (Equilibrio)

En la actualidad se señala que se debe educar en lo humano, en la afectividad, para afianzar vínculos, educar en la esperanza y los lazos sociales, educar hacia la responsabilidad y los valores trascendentes. Este tipo de educación adquiere relevancia en la profesión de enfermería ya que su esencia es el cuidado al otro, influido por los valores y para ejercerlo es primordial el humanismo, mismo que debe constituirse por acciones transpersonales e inter-subjetivos para proteger, mejorar y preservar la humanidad, para ayudar a la persona a hallar el significado de la enfermedad que presenta, sufrimiento y existencia, de tal manera que contribuya en la adquisición de su autocontrol y autocuidado. Sin embargo la realidad es otra:

*“Se ve mucha dejadez de los estudiantes, no es como antes”.
(Respeto)*

“Solo les interesa terminar su turno de práctica e irse... parece que no les gustara lo que hacen”. (Consagración)

“antes íbamos a la biblioteca a estudiar... ahora paran con el celular en la mano...” (Servicio)

Dado lo anterior, se torna relevante lograr un cuidado humanizado también denominado humanístico u holístico por parte del personal de enfermería, por lo tanto, es importante empezar en la formación humanista, para explorar los valores profesionales que se forman al interior del aula y en el área hospitalaria, puesto que solamente a través de un sistema pertinente de valores, se podrá garantizar un trato humano a las personas, basados en el sentimiento y la realidad humana, y no solamente en lo intelectual.

En la actualidad surgen una serie de propuestas para mejorar la calidad docente, no se puede negar que el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en la enseñanza, permiten desarrollar habilidades sociales e interrelación en las instituciones formadoras, pero como lo señala Druet, y otros (2014), es de vital importancia incluir en los procesos formativos de nivel profesional aspectos relacionados con el desarrollo de actitudes y valores que aporten a los estudiantes de enfermería

los elementos para encontrar un sentido en su vocación, de modo que esto pueda reflejarse en su futura práctica profesional. Refieren que:

“Me parece que solo estudian porque quieren ganar dinero... no veo vocación” (Abnegación)

“Las enfermeras y los docentes deben ser modelos de los futuros enfermeros, ellos van a cuidarnos cuando nosotros estemos enfermos” (Equilibrio)

Por lo tanto, es urgente que se tomen decisiones respecto a la formación profesional, que a parte de la curricula a desarrollar se requiere de docentes expertos en lo teórico, lo práctico y lo humano, que conforman los pilares del desarrollo científico técnico de la enfermería contemporánea y según Castrillón (2012), el docente universitario debe poseer entre sus competencias investigativas las siguientes:

- Conocimientos actualizados en las áreas de las ciencias naturales, biomédicas y socio humanísticas. Conocer las múltiples dimensiones del objeto de estudio “cuidado profesional de enfermería”; las tradiciones teóricas y las escuelas de pensamiento en este campo; así como el estado del arte de la investigación en enfermería.
- Conocer los principios y valores del cuidado en enfermería, las dimensiones de los principios éticos fundamentales de respeto, justicia distributiva, beneficencia, no maleficencia, autonomía, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad y aplicarlos en la práctica investigativa.
- Saber investigar, y saber formar al investigador, estimulando la curiosidad científica y la contextualización de los problemas que aborda. Saber observar, explicar, problematizar, reflexionar, analizar y reconstruir un fenómeno.
- Aprovechar las prácticas profesionales como fuente de preguntas; orientar el aprendizaje seleccionando problemas “tipo” para que los estudiantes busquen diferentes formas de resolverlos.

- Desarrollar iniciativas de carácter multidisciplinario y multiprofesional. Comunicar resultados de investigación, buscar evidencia para fundamentar las prácticas docentes, clínicas y de Atención Primaria en Salud.

Al respecto las enfermeras declaran:

“La docencia es aprender a aprender, los docentes deben ser teóricos y prácticos. Actualmente no hay un modelo con un docente así. Debo reconocer que si quiero hacer prácticas tengo que revisar constantemente la teoría, y debe ser constante porque todo se renueva, todo cambia, las técnicas los procedimientos, todo lo que nos enseñaron hace 20 o 25 años ya cambio”. (Integridad)

“En estos tiempos creo que cualquiera puede ser profesor...” (Respeto)

“Como van a aprender si los estudiantes vienen solos...” (Servicio)

Se debe reconocer, que actualmente es importante atender la formación de los estudiantes de enfermería, para ello es importante la formación pedagógica del profesor de educación superior, porque el avance de la ciencia, de los conocimientos, del proceso de enseñanza aprendizaje, del uso de la tecnología y las nuevas técnicas de transferencia del conocimiento exigen que los profesores estén en constante capacitación y actualización considerando el contexto económico, político, social y la realidad socio sanitaria donde los estudiantes tienen que ser insertos.

El profesor que realmente asume su responsabilidad procura tener amplio conocimiento sobre la materia, además se recomienda que esté ejerciendo la práctica y además realice investigación cuyos resultados le sirvan en su cotidiano docente. Además, debe desarrollar la capacidad de comprender al estudiante y lograr que este aprenda de la mejor manera los aspectos teóricos y prácticos y acercarse a la persona para que brinde su cuidado.

Además, se espera que, con la nueva ley en la educación superior, la calidad docente se potencialice, mejorando los procesos de incorporación, desarrollo, desempeño y evaluación, que a su vez permita una interacción adecuada con el estudiante y este a su vez perciba el interés de su docente para encaminarlo en su proceso de aprender a cuidar. Como Guillaumet y otros (2005) nos refieren la mayoría de los estudiantes reconocen en sus profesores la importancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje.

Por lo tanto, los responsables de la formación de los profesionales de enfermería y la comunidad académica deben asumir el compromiso de empoderar al estudiante en el ejercicio de una práctica futura en que se considere y valore el contexto cultural de la práctica, el reconocimiento del individuo como ser holístico, la reflexión e indagación como forma de vida en el quehacer cotidiano, las habilidades de búsqueda de información, la exploración sistemática de resolución de problemas y la publicación de los hallazgos de su investigación.

Para Cerezo y Hernández (2008), la Enfermería requiere de docentes altamente calificados para promover el aprendizaje autónomo de sus estudiantes, el mismo que dará origen a egresados comprometidos con su autoeducación, de tal forma que como grupo profesional asuman un papel protagónico en el desarrollo de la humanidad, y aprendan desde el aula a crear y participar en un mundo más humano, equitativo y responsable.

No olvidemos, que las enfermeras representan su rol como académicos de enfermería, sus concepciones, sus estrategias y los sentimientos involucrados en los procesos de enseñanza y aprendizaje e investigación influye en la relación que establece con los actores de la salud. Por lo tanto, tiene la obligación de enseñar el cuidado al estudiante puesto que en el ámbito hospitalario los estudiantes observan y aprenden a cuidar al paciente, pero no solo deben incidir en el cuidado, también en investigar nuevas formas de ofrecerlo y que sea inherente al desarrollo de la profesión.

“Sé que en otros hospitales todas las enfermeras son tutoras o enseñan a los estudiantes, aquí solo algunas” (Integridad)

“A veces las colegas dicen a mí no me pagan por enseñar...” (Honradez)

“Algunas colegas... no les interesa si los estudiantes deben aprender algo... creo que les molesta que estén aquí” (Respeto)

El trabajo de docente - investigador en enfermería exige múltiples esfuerzos por conocer los hallazgos de la investigación enfermera; entenderlos; dudar de los mismos; contextualizarlos y utilizarlos. Hacer preguntas inteligentes; realizar investigación rigurosa; socializar los hallazgos de las investigaciones; compartir perspectivas y conocimientos con grupos e investigadores de diferentes disciplinas; y reunir esfuerzos dispersos con el común objetivo de mejorar tanto la formación como las diferentes prácticas de la enfermería.

1.2. Considerando la articulación docente-asistencial.

Aguayo y otros (2014), en un estudio encontraron que las enfermeras se sienten menos preparadas para desarrollar el rol de investigador, y que la profesión no se justifica sin una estrecha relación entre la teoría y la práctica de la enfermería. Los académicos de enfermería buscan un equilibrio entre la docencia y la investigación y se sienten desafiadas a desarrollar teorías y modelos en su propia disciplina.

Por ello es importante aplicar y lograr insertar la teoría a la práctica para demostrar que el cuidado tiene un fundamento científico. Al respecto obtuvimos las siguientes expresiones:

“Tienes que hacer (refiriéndose a la demostración del docente) para enseñar. ¿Si no haces qué enseñas? tienes que hacer para aprender. Si los docentes son solo teóricos se tergiversa la enseñanza, realizan una enseñanza muy tradicional que conlleva a un divorcio y un conflicto porque así lo ve la enfermera que trabaja en

el área asistencial, se origina el conflicto por que a él le pagan por su docencia y nunca esta con sus alumnos. (Equilibrio)

Se considera importante que la enfermera asistencial desempeñe su labor docente lo que lograra la articulación asistencial-docente, en beneficio del estudiante, el cuidado del paciente y el fortalecimiento de la profesión.

Se reconoce además la importancia de los estudios de post grado, de los enfermeros asistenciales las especializaciones en el Perú se han desarrollado por la búsqueda de mejorar los cuidados de alta especialidad para beneficio del paciente, la comunidad y los profesionales. Para Gonzales (2015) la especialización es necesaria para la formación y el desarrollo de las competencias para actuar en un mercado laboral cada vez más exigente y competitivo; se contribuye al desarrollo de las competencias requeridas como especialistas, así como al mejoramiento de su posición laboral, logrando profesionales eficientes en su ámbito laboral, así como para su continuo desarrollo profesional.

Las especialistas en Enfermería son enfermeras de práctica avanzada que aportan conocimiento especializado para el desarrollo de la práctica a través de tres esferas de influencia: facilitando los resultados de calidad para los usuarios; el apoyo al personal de enfermería y liderando cambios innovadores que permitan avances en el sistema de salud, para atender las necesidades de los usuarios, las familias y las comunidades.

Para esto, las especialistas emplean siete competencias básicas en su práctica: la atención directa; la consultoría, el liderazgo en el sistema de salud; de colaboración en el equipo multidisciplinario; de capacitación; de investigación, y de toma de decisiones éticas. A continuación, las declaraciones de las participantes del estudio:

“Es importante actualizarnos en los avances científicos, porque las enfermeras ya están presentando trabajos científicos y esto ayuda ¿no? y estas capacitaciones deben estar a la altura de otras profesiones”. (Amabilidad)

“Hay que hacer un poco de esfuerzo y con un poco de orientación todas las enfermeras deben capacitarse, esforzarse para que nuestra profesión sea vista con otros ojos y ocupemos cargos como otras profesiones”. (Honradez)

Estos aspectos se consideran importantes y deben ser producto de los programas de especialización generando desde la formación, espacios de reflexión, compromiso y liderazgo profesional lo cual llevó a la conformación y fortalecimiento de sociedades de enfermería de las principales especialidades, entre ellas: la Sociedad Peruana de Enfermeras Especialistas en Cuidado Crítico (SOPECC), Sociedad Peruana de Enfermeras Especialistas en Emergencias y Desastres (SOPED), la Sociedad Nacional de Enfermeras Materno Infantil, pero no solo se conforman sociedades científicas, sino que se desarrollan actividades de actualización en la especialidad, proceso de certificación de especialistas, en trabajo conjunto con el Colegio de Enfermeros del Perú.

En nuestro país, la formación de las especialistas de Enfermería está sujeta a la Ley Universitaria 30220 ya la Ley del Enfermero Peruano 27669, que en su Capítulo V artículo 16 reconoce los estudios de especialización; así mismo, en la reforma del sector se ha reconocido estructural y económicamente, después de 17 años de existencia.

Al respecto Gonzales (2015), describe la importancia de la capacitación que debe practicar con todo el peso de su educación y formación para la protección de la salud y seguridad de los pacientes mediante la reglamentación adecuada de la formación y de la práctica de enfermería. Al respecto opinan:

“El cambio se realiza con conocimiento interés y decisiones, interés de nuestras autoridades y de las jefas y de nosotras mismas también, actualmente creo que a la gente ya no le interesa”. (Equilibrio)

Se reconoce que las enfermeras deben lograr mayores niveles de educación y formación a través de un sistema de educación que promueve la progresión académica sin fisuras, para lo cual los programas de especialización deben estar articulados con los programas de maestría clínica y doctorado en la práctica de enfermería, de manera que se permita la progresión y consolidación de la práctica avanzada de Enfermería, acorde con los avances de la Enfermería mundial y que, a su vez, le permitan el desarrollo de productos científicos que fortalezcan el cuidado especializado, la salud y la profesión.

Además, debe garantizar el compromiso del enfermero con la capacitación permanente, por lo que es fundamental, desde la formación, animar y gestionar la progresión del aprendizaje a través de programas de educación continua que permitan la certificación y renovación de sus capacidades profesionales en el continuo de formación establecido por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Por lo mismo las enfermeras sugieren:

“Tal vez unas sesiones de desayuno serían súper productivos porque empezamos a socializar a interrelacionarnos y podemos ayudarnos entre nosotras mismas, porque da pena a veces vienen a trabajar a otros servicios y vienen a sufrir digo yo. No tienen materiales no tienen ni un tensiómetro y vienen a prestarse, por eso creo que debemos solucionar los problemas de casa y luego lo de afuera”.
(Equilibrio)

Las enfermeras deben ser socias de pleno derecho, con los médicos y otros profesionales de la salud, en el rediseño de la atención de salud nacional y global, para lo cual en la formación de Enfermería no solo deben incluir habilidades de liderazgo y gerencia, sino que se debe tomar mayor responsabilidad para tutelar y desarrollar a los líderes, por lo cual, en los programas de especialización se debe incentivar y fortalecer la capacidad de liderazgo, gerenciamiento y desarrollo político.

Con la integración docencia-asistencial se tendrían mayores logros en enfermería, contribuyendo ambas partes: las docentes con la parte teórica y las asistenciales con la experiencia acumulada que da lugar a saberes, que no son divulgados. Al existir una verdadera integración docencia-asistencial se tendrían investigaciones más relevantes para el mejoramiento de la atención de enfermería.

1.3.- Sub Categoría: La investigación como medio de mejora de la profesión.

Los profesionales de enfermería en su trabajo cotidiano encuentran hallazgos o datos importantes que deben ser insertados a la práctica y reconocen que estos conocimientos ya existen, que la investigación es un medio para encontrar información que permite generar conocimientos, y que muchos de estos conocimientos existentes pueden ser aplicados en la realidad particular del quehacer de la enfermera.

Al respecto una de las participantes del estudio señala lo siguiente:

“Yo pensaba, que cuando uno estudiaba enfermería era como la cúspide de terminar algo, pero ahora que estoy llevando la maestría en docencia entonces nos han inyectado nuevas formas de pensar, así la profesión no termina, ni la enseñanza, ni la educación, ni la implementación, ni la complementación”. (Amabilidad)

La investigación ha sido una práctica impulsada desde los orígenes de la Enfermería Moderna. Florencia Nightingale, practicó sistemáticamente la observación para documentar sus propuestas sanitarias, realizó el análisis comparativo de los datos, aplicó ideas de la naciente estadística y publicó sus resultados en diversos medios (Castrillón, 2012). Sin embargo, aun en estos tiempos la investigación es considerada difícil y algunas veces existe rechazo a su realización.

Siendo necesario realizar estudios, que desde la perspectiva de la evidencia y la concepción de la práctica de la enfermería (procedentes de la investigación) se va modificando; en la medida en que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los cuidados que presta la enfermera a la

luz de pruebas válidas y útiles que puedan ser aplicadas en el cuidado directo, Visto de esta manera, la evidencia científica en enfermería es útil para mejorar la eficiencia de las prácticas, para innovar en los cuidados y para garantizar la seguridad de los pacientes.

La evidencia científica en enfermería nos da la autoridad para cambiar la realidad asistencial y de la atención primaria con base en argumentos sólidos y bien informados, por eso los enfermeros reconocen que:

“La investigación sigue siendo un arma difícil de manejar, pero ahora está cambiando y eso es bueno porque todo está orientándose a que se pueda desarrollar la metodología investigativa en todas las áreas de estudio”. (Paciencia)

Además, al formar en investigación se debe inculcar en los futuros profesionales la relevancia de la investigación para la disciplina, ya que ésta encausará sus acciones y saberes. Sin embargo, para la realización de éstas se deben considerar principios éticos y el respeto a la persona humana.

La investigación es un espacio algo distante para la enfermería, la cual ha estado concentrada en lo asistencial y administrativo. Aunque en los últimos años, algunas enfermeras, visualizaron la importancia de la investigación para la disciplina y han sido pioneras en su desarrollo, hecho muy motivador para las nuevas generaciones. Los futuros profesionales deben tener claro que la única forma de conocer el impacto que producen los cuidados de enfermería, es a través de la investigación. Además de que el generar nuevos conocimientos entrega a la enfermería una mayor autonomía profesional. He aquí la importancia de trabajar este ámbito de la profesión desde el pregrado. Según Watson: La teoría del Caring reitera de manera continua la necesidad de buscar un nuevo conocimiento y una nueva práctica del cuidado.

“Yo no sabía, pero en internet hay variada información todo sobre enfermería”. (Paciencia)

“En mis estudios de post grado me di cuenta que enfermería es un mundo nuevo de conocimientos por descubrir” (Esperanza)

La investigación es de gran importancia para el desarrollo de la disciplina, profesión y ciencia de Enfermería, ya que a través de ella adquiere fuerza, se renueva y se torna autónoma, puesto que constituye una herramienta que permite el avance disciplinar, evita el estancamiento y conduce a dejar de lado la práctica por tradición para darle un sentido disciplinar a la práctica de enfermería (Duran, 2005). Al respecto:

“Es importante lo que mencionaban de las capacitaciones, los conversatorios. Se debe realizar pequeñas sociedades, conversatorios entre todos los enfermeros. Todos los enfermeros son docentes en su centro de trabajo. Lo que no sucede en nuestra realidad”. (Equilibrio)

La producción investigativa en enfermería se visibiliza desde los años setenta con la creación de diferentes medios de difusión como revistas, edición de libros y memorias de eventos científicos, ya existen revistas a nivel Latinoamérica y mundial, donde evidencian y demuestran la relevancia de los resultados de una investigación en la práctica cotidiana, de igual forma la difusión, indexación y accesibilidad hacia los usuarios promueven las mejoras del cuidado.

1.4.- Sub Categoría: Promoviendo la participación de la enfermera en nuevos ámbitos sociales.

La enfermera está en todos los ámbitos del cuidado de la persona, familia y comunidad, entonces por consiguiente, podemos afirmar que es la que mejor conoce la realidad de salud de estas personas, trabaja con ellos, identifica los diagnósticos y plantea soluciones que buscan mantener la salud de la persona y evitar la enfermedad. Partiendo de este punto la pregunta es ¿por qué la enfermera no integra espacios que confieren poder para la toma de decisiones en acciones relacionadas con la salud? Las

enfermeras reconocen que no tienen representación política y consideran que es necesario.

“La fuerza que necesitamos para cambiar las cosas están en el congreso, nos faltan enfermeras que nos ayuden” (Entrega)

Al respecto se reconoce que siendo la profesión de enfermería con el mayor número de profesionales que labora en el ámbito de salud, deberían participar en las decisiones referentes a los problemas sanitarios. Sánchez R y otros (2013), proponen que la enfermería debe tener plena capacidad en la toma de decisiones a todos los niveles en el Sistema Sanitario, llegando a tener participación en los grupos políticos. Además de tener contrastada capacidad y aptitudes para liderar estrategias de gestión y cuidados, permitiendo dar una respuesta eficaz y eficiente a las necesidades sentidas y requeridas por las personas, familias y/o comunidad. (Sánchez y otros, 2013).

De ahí la importancia que recae en las instituciones de ofrecer condiciones favorables para que la enfermera enfrente las nuevas exigencias académicas, personales y profesionales dentro del contexto humanizado que se exige actualmente para el cuidado integral a las personas, reconociendo a la persona en todos su componente espiritual y físico, la capacidad de contextualizar el problema de salud del otro la confronta con su propia realidad y la obliga a analizar la situación en busca de la satisfacción de la persona cuidada y de la profesional, pues la cotidianidad de la enfermera le hará comprender que la persona es única y por lo tanto el cuidado es único e individualizado más allá de diagnósticos o planes pre establecidos que tratan de parametrizar el cuidado basado en la enfermedad y los procedimientos.

“Necesitamos representantes con cargos decisivos. La enfermera sabe todo de salud pública y puede solucionar los problemas de la población”. (Honradez)

Todo esto será logrado por la continuidad en la búsqueda y creación de conocimientos que consoliden la profesión, siendo importante la socialización de experiencias con otros enfermeros para que a través de investigaciones se consoliden los saberes y se difundan en todos los ámbitos de trabajo, interactuando con los miembros del equipo de salud que permita asentar la base profesional y lograr el reconocimiento social que merece la enfermera y acabar con aspectos que frenan el desarrollo disciplinar y esté de acuerdo a las exigencias sanitarias que actualmente se evidencian en nuestro país.

Con el rápido avance y desarrollo de la ciencia y tecnología, los profesionales de enfermería están en la obligación de obtener conocimientos actuales y basado en evidencia, además deben consolidar y fortalecer la profesión incrementando conocimientos que adquieren en su cotidiano, documentarlo y socializarlo, además se debe lograr una formación que incluya aspectos políticos y sociológicos.

D. CONSECUENCIAS

Finalmente, las consecuencias deben ser consideradas como el resultado/respuesta, positiva o negativa de las estrategias adoptadas y que intervienen en el desarrollo del fenómeno. Como consecuencias se formula la categoría

1.- POSICIONAMIENTO Y EMPODERAMIENTO PROFESIONAL: QUE EVIDENCIE UN CUIDADO DE CALIDAD, con sus subcategorías:

1.1. Logrando la Excelencia en el Cuidado

Las enfermeras experimentan la autonomía cuando cumplen las metas del cuidado del paciente, utilizando conocimientos y habilidades, dentro del contexto de la comprensión y contribución al plano de cuidados, evaluando sus necesidades y condiciones, comunicando preocupaciones y prioridades, coordinando los recursos del equipo multidisciplinar.

“Muchas veces, hay situaciones donde decidimos que acciones realizar con el paciente” (Integridad)

“En unidades críticas, las enfermeras tomamos decisiones rápidas para salvar la vida del paciente” (Equilibrio)

“El personal de áreas críticas deben estar debidamente capacitados... sino la vida del paciente está en gran riesgo” (Paciencia)

“La experiencia y el conocimiento son indispensables para cuidar un paciente grave” (Prudencia)

Para Ramírez y otros (2013), la autonomía en Enfermería como medio de independencia disciplinar, representa un importante paso, producto del análisis de aquellas(os) enfermeras(os) que reflexionaron ante los modelos dominantes provenientes del patriarcalismo y positivismo tradicional, favoreciendo de manera justa un accionar fundamentado en el crecimiento científico que la profesión ha venido evolucionando en los últimos años. Es así que la autonomía de Enfermería no es más que respuesta sustentada ante modelos sociales ejercidos tradicionalmente por estructuras dominantes del poder, justificadas en el conocimiento absoluto de sólo unos cuantos.

La esencia de la enfermería es el cuidado influido por valores y para ejecutarlo es fundamental los conocimientos y el humanismo, que debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad; ayudando a la persona a hallar el significado de enfermedad, sufrimiento y existencia, contribuyendo en la adquisición de autocontrol y autocuidado.

El cuidado de enfermería es un acto integrado orientado a la satisfacción de la persona, Watson (2005), refiere que el cuidado es para la enfermera su razón moral, no es solo un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente, que implica cercanía con el paciente por medio de expresiones verbales y no verbales que generan comunicación, que favorece la aplicación de cuidados técnicos y propicia la satisfacción del paciente y de la enfermera como resultado de la interacción, demostrando que el cuidado se evidencie en cada acto.

“El equipo de salud te reconoce, saben que tú eres capaz en tu trabajo, y ellos van a depender siempre de ti, porque a veces cuando sugieres que le falta algo al paciente, un análisis o alguna otra prueba, ellos te escuchan y lo hacen, saben que tú los estás orientando bien, porque tú estás pendiente del paciente. Siempre se despiden de ti y te están preguntando que más necesita el paciente”
(Integralidad)

Variables tales como la actitud de las enfermeras, el bienestar de ambos, la percepción de los pacientes en cuanto a la empatía de las enfermeras, la sensación de confianza, la disminución del estrés, repercuten en la satisfacción de los pacientes con el cuidado brindado

“El médico reconoce cuando la enfermera tiene capacidad profesional, solo preguntan no cuestionan, eso es confianza”
(Amabilidad)

Debemos entender que el cuidado tiene una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno, de continuar con el cuidado o de una educación rutinaria día a día; el cuidado para lograr la satisfacción del paciente es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones, y que él confíe plenamente en el cuidado de la enfermera.

Esta confianza ayuda a que el paciente sea un ser activo en su propio cuidado, el acercamiento y la predisposición que tenga la enfermera para su cuidado permitirá que él participe activamente y dejará que la enfermera intervenga a favor de su bienestar.

Al respecto Waldow (2014) señala que algunos de los comportamientos y actitudes que tiene la enfermera durante el cuidado que brinda a su paciente son el respeto, la gentileza, consideración, interés, disponibilidad, solicitud, y ofrecimiento de apoyo, seguridad, confianza y solidaridad, al percibir e identificar estos comportamientos y actitudes, los pacientes, en general se sienten seguros al recibir un cuidado realizado con competencia y habilidad, pero acompañado de consideración, comprensión; con toques amables, respetuosos.

Desde esta visión para que el cuidado se concrete y sea efectivo, los pacientes deben sentir confianza y seguridad en la enfermera y que ella los considere como seres humanos y no como objetos o los califique peyorativamente. Es importante que se proporcione comodidad y bienestar, no solo de orden físico, sino también espiritual, usando gestos, miradas y palabras como en el silencio, coraje, solicitud y compasión. Escuchar es un cuidado de mucha valoración y cuando el paciente no puede o no quiere hablar, el silencio y el toque, además de la mirada cariñosa, pueden ser el hecho diferencial. Al respecto las enfermeras declaran:

“Al principio el paciente nos preguntaba todo, quería saber todo, mostraba desconfianza, después poco a poco y de tanto explicarle las cosas ya nos dejaba hacer nuestro trabajo”. (Consagración)

“A veces el paciente está ansioso o desconfiado, le toco el hombro y le sonrío y él se tranquiliza” (Honradez)

Al respecto, Poblete y Valenzuela (2007) refieren que los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es decir un cuidado humanizado y transpersonal.

Entonces valoramos los aspectos de la empatía y el respeto como condiciones facilitadoras de la relación terapéutica y colaboración del paciente. Para Cibanal y otros (2010), la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta la otra persona, no sólo entender las palabras, sino los sentimientos y las emociones, valorar con precisión sus preocupaciones y problemas permite obtener su confianza. En cuanto al respeto señalan los autores mencionados, que implica aceptación positiva, manifestar disposición de tiempo y energía, valorar al paciente como persona única con las cualidades y los recursos limitados por efecto de la hospitalización y que deben ser estimulados para ser ejercidos.

Las manifestaciones que realizan las personas promueven la satisfacción profesional, pues reconocen su capacidad y el desempeño

seguro que realizan en la atención de todas las personas que están a su cuidado. Así mismo, los profesionales sienten ese reconocimiento cuando ellos expresan su sentimiento en palabras:

*“El Sr. Vidal, cada vez que lo encuentro en algún lugar me presenta con las personas que esta y les dice que lo atendí muy bien”.
(Honradez)*

“Los familiares me expresan su agradecimiento y dicen que mi profesión es muy importante para atender a las personas que se enferman”. (Abnegación)

La satisfacción profesional ha sido estimada como un factor causal en la calidad del cuidado, pues deriva del cuidado que ofrece la enfermera y los conocimientos que aplica para poder evaluar resultados esperados en el paciente, según la literatura, no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo.

El hecho de atender a personas y que se puedan recuperar es una satisfacción para uno, y el agradecimiento te da una satisfacción personal. (Amabilidad)

El cuidado que brinda la profesional de enfermería durante la hospitalización del paciente repercute directamente en su satisfacción y la calidad del cuidado es concebida como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que es otorgada de forma holística e integral, con el propósito de lograr la recuperación del paciente, que logre su autocuidado y que sea dado de alta lo más pronto posible. En caso de estadía prolongada de hospitalización se busca que el paciente comprenda el proceso que está atravesando, se minimice los riesgos e identifique signos de alarma que pueden conllevar a una complicación, todos estos aspectos siempre están orientados a lograr la satisfacción de los usuarios.

El paciente tiene la capacidad de evaluar el cuidado que le brinda la enfermera, cómo lo realiza, cómo se interrelaciona con él y con los demás pacientes y cuáles son los resultados. Debemos considerar además, que el

personal de enfermería es quien permanece 24 de horas al lado del paciente por lo cual asume la responsabilidad de su satisfacción durante su hospitalización, Barragán y Moreno (2013) en su estudio sobre calidad de cuidado de enfermería señalan que los profesionales de enfermería constituyen un gran porcentaje del recurso humano disponible para brindar servicios de salud, desde el ingreso del usuario hasta su egreso, razón por la cual está en contacto permanente y progresivo; es el punto más importante y crítico de la evaluación asistencial, lo cual se traduce en la calidad de la atención del servicio que se brinda.(Barragan & Moreno, 2013).

Los conocimientos que se adquieren en cualquier área profesional se aplican en la vida cotidiana, uno de los aspectos fundamentales de los profesionales de la salud es que todos los conocimientos que adquieren a lo largo de su formación y práctica profesional los aplican en cualquier situación y muchas veces en bien de sus familiares y seres queridos principalmente en situaciones que afectan su salud.

“Si no sabes cómo fue, mi mamá se sentía mal, le di mis atenciones y rápidamente le alivie el dolor” (Prudencia)

La enfermera se siente satisfecha que sus conocimientos ayuden a solucionar problemas de su entorno familiar, lo que evita en ocasiones complicaciones y situaciones desalentadoras de salud.

1.2.-Sub Categoría. La imagen profesional, reconocimiento del desempeño e interrelación.

La enfermera está en constante relación con el personal que conforma el equipo de salud, el paciente y su familia, por lo tanto siempre debe buscar que se desarrollen en forma positiva y efectiva, porque muchas veces se pueden generar conflictos que perjudique su imagen y no sea reconocida en su ámbito de trabajo ni competencia.

“Nosotras tenemos estudios universitarios, capacitaciones, estamos al nivel de cualquier profesional, por eso el trabajo debe ser coordinado” (Prudencia)

“Siempre se debe tener en cuenta que el trabajo es multidisciplinario y debe haber respeto y coordinación constante” (Discreción)

“Siempre decimos que estamos 24 horas con el paciente, entonces somos responsables de la coordinación con todos” (Equilibrio)

“En otros servicios, a veces hay problemas entre los profesionales, aquí no, hay respeto profesional, cada uno sabe su labor” (Consagración)

Por ejemplo, Chuaqui-Kettlun (2014) en su estudio sobre la identidad profesional encontró que uno de los tópicos más recurrentes es que los médicos se sienten amenazados en su autoridad debido al avance estratégico de la enfermería en las organizaciones de salud, señala también que las causas de esta nueva situación no son claras, las disputas por poder y prestigio social no son temáticas que estén en la reflexión de las enfermeras, puesto que a los médicos les ha costado aceptar cómo la enfermera está desarrollando actividades tanto en el área de gestión y de dirección que son paralelas a la médica.

“Me siento bien, el médico sabe cómo trabajamos las enfermeras, no hay cuestionamiento o problemas con ellos” (Equilibrio)

NOTA DE OBSERVACIÓN: En un momento que se está conversando con la enfermera, ingresa un médico a la sala pregunta por el tratamiento del paciente al escuchar la explicación de la enfermera se sonríe y le dice Ud es lo máximo jefa... (Equilibrio) la enfermera es especialista en Cardiología y conoce a la perfección el cuidado del paciente y el médico conocedor de sus capacidades confía en ella. (Abril, 2014)

También, destaca que se busca una relación más bien horizontal y menos conflictiva con los médicos, probablemente buscando una distancia o la demarcación de roles que conlleven a la autonomía propia en el cuidado del paciente. Recientemente en nuestro país, con el Proyecto de los

Consultorios de Enfermería, se ha iniciado una vez más la polémica de hasta dónde puede llegar una u otra profesión, creemos que es el conocimiento el que puede definir las acciones que realizan los diferentes integrantes del equipo de salud, dónde el único beneficiado debe ser el paciente

En el caso de la familia, debemos reconocer que son un elemento fundamental y funcional para la recuperación del paciente, pero también señalaremos que a veces son un elemento negativo porque causan conflicto y desánimo en el paciente. Es capacidad de la enfermera mediar en estos casos para lograr su objetivo y lograr un ambiente armónico en su trabajo.

La eficiencia y calidad de los cuidados de enfermería está directamente relacionado con sus conocimientos y el papel que desempeña en el cuidado y trato con el paciente y la interrelación con el equipo de salud. Al respecto las enfermeras del estudio manifiestan:

“Yo creo que para lograr esto la enfermera debe transmitir una imagen, una imagen tanto creo que de conocimientos y una imagen de ética de trabajo, que sepa desempeñarse dentro del servicio, que pueda informar adecuadamente las labores que realiza, pues muchas veces el médico pregunta “señorita enfermera se ha realizado el trámite del paciente” y ella se queda en el vago, no lo sabe o no lo dice adecuadamente entonces el médico dice “a no, la enfermera no lo hace bien” y no sirve como apoyo en este caso”.
(Entrega)

La Gestión del Cuidado, de acuerdo a lo señalado por Chuaqui-Kettlun (2014), es un concepto que se desarrolló en Chile en los años noventa y quedó incluido en el Código Sanitario, después de una larga lucha gremial. En este código se definen las funciones específicas de la enfermera y le aporta una responsabilidad legal en los cuidados. Claramente, tiene implicancias en la identidad profesional y su auto concepto.

En esta investigación refieren que la gestión del cuidado es percibida como un proceso positivo para la enfermera, y está relacionada con lograr mayores niveles de formalización de los procesos administrativos y clínicos de la disciplina. Se percibieron cambios de los significados, los valores y las creencias que dieron mayor cohesión moral a la Enfermería de antaño, que transitaban entre una moralidad tradicional y priman el valor del sacrificio, la vocación de servicio y la subordinación, en la actualidad se orienta hacia una nueva moral relacionada con las implicancias de la “gestión del cuidado”, su creciente autonomía y el intento por lograr mayores niveles de unificación de los criterios del proceso de enfermería.

De esa experiencia en Chile se considera que la gestión del cuidado ha permitido a la enfermería integrar nuevos roles a la profesión y, en especial, en puestos de mayor decisión e influencia. También se reconocen temas pendientes vinculados con la capacidad de la propia profesión de asumir este nuevo desafío, se resalta la resistencia de los médicos para integrar este nuevo rol de la enfermería. Aunque aún, en este caso se observa una disputa por la administración de los recursos de salud entre ambas profesiones, y las enfermeras se observan mejor preparadas en este aspecto.

Se reconoce a la enfermera como modelo profesional del cuidado, y debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato señala que "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia". Lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y el cuidado humanizado.

Estas relevantes características no están del todo desarrolladas en los profesionales enfermeros(as), entonces la pregunta es ¿qué se está haciendo al respecto? Aquí se torna importante la formación que se les entrega a los estudiantes de enfermería en el pregrado, el sello que los

impregna desde las escuelas de enfermería, explícito en los perfiles de egreso, Misión y Visión. Watson refiere: "La mayoría de los estudiantes reconocen en sus profesores la importancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje".

"A veces hay colegas que no son tan buen ejemplo profesional... que puedo decir" (Honradez)

"Los estudiantes observan al mínimo detalle a la enfermera y más adelante la imitará" (Serenidad)

Es por esto que las enfermeras dedicadas a la formación deben ser modelos para sus estudiantes, líderes en el cuidado humano, tanto para los usuarios como para ellos mismos. Muchas veces los estudiantes requieren también de cuidados por parte de sus profesores, requieren respeto, comunicación empática, calidez humana.

Hay que agregar, además, que el modelo formador está centrado en el cuidado del paciente recuperable o con posibilidades de rehabilitación, los estudiantes se preparan para "triunfar" con sus cuidados. En este sentido, no se forman enfermeros que cuiden la agonía, y entreguen cuidados para el bien morir del paciente; esta preparación no sólo requiere de profesionales del cuidado, sino también requiere de una formación filosófica y psicológica que muchas veces los estudiantes de pregrado ven como "poco relevante", priorizan técnicas, y lo biomédico, resultado de los ejemplos formadores que tienen en su vida universitaria. Así seguirán siendo enfermeras biomédicas y deficientes cuidadoras.

Con lo anterior, se puede visualizar que no sólo es importante invertir en recursos humanos en los servicios de salud, en estructurar a los hospitales, sino también hay que trabajar en la formación de futuras enfermeras, que comprendan la importancia de los cuidados humanizados para el paciente, la mejora de la satisfacción del usuario interno como

externo, y el trabajo que se debe hacer con las docentes para ser ejemplos de formación.

“Lo más importante es reconocer que las que forman enfermeras deben ser enfermeras.” (Consagración)

Lograr el posicionamiento y empoderamiento profesional implica crear impacto con el cuidado que ofrece el profesional enfermero a las necesidades demandadas por la población de acuerdo a sus propias características considerando su entorno y el contexto económico, político y social actual que nos permitirá realizar la construcción de un plan de trabajo que soluciones los problemas con la participación de la persona familia y comunidad.

La evidencia de los resultados del cuidado de enfermería con información valida y confiable debe ser utilizada para transformar la realidad sanitaria del país. La coparticipación de la enfermera como educadora y de la persona como responsable de su salud, crea un impacto positivo, fortalece la imagen profesional y el reconocimiento de desempeño profesional fundamental para la conservación y preservación de la vida, el cuerpo y la salud.

Así, la persona reconoce la importancia del profesional descartándose el mito de que solo es la ayudante del médico. Además, la sociedad actual y la profesión exigen que la enfermera se involucre en las políticas públicas en salud porque es conocedora del campo donde existen grandes necesidades, es ahora donde su participación con conocimiento amplio permitirá mejorar las condiciones de vida de las personas haciéndoles partícipes y responsables del cuidado de su vida y salud. Lo que consecuentemente traerá consigo el posicionamiento y empoderamiento profesional con un cuidado de calidad.

Del estudio realizado, emergió el fenómeno central que fue denominado Ser y Quehacer de la Enfermera: Vocación, Conocimiento Y Práctica de su Profesión en un Hospital Castrense.

4.4. TEORÍA SUSTANTIVA DEL ESTUDIO:

SER Y QUEHACER DE LA ENFERMERA: VOCACIÓN, CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN EN UN HOSPITAL CASTRENSE.

De acuerdo al modelo teórico usado en el estudio, a continuación se presenta la teoría sustantiva que emergió de los datos expresados por las participantes, situaciones y experiencias de su cotidiano, permitiéndonos de esta manera correlacionar categorías y componentes mediante un proceso dinámico y dialéctico surgiendo de esta forma el fenómeno o categoría central denominada: ***ser y quehacer de la enfermera: vocación, conocimiento y práctica de su profesión***, , donde se integran las categorías y subcategorías en términos de condiciones causales, contexto, condiciones intervinientes, estrategias y consecuencias.

Las **condiciones causales** del fenómeno, se basan principalmente en la ***vocación profesional*** que manifiestan las enfermeras y la importancia del ***conocimiento de la profesión durante la etapa pre profesional***, durante esta etapa obtendrán conocimientos que les permitirá conocer de qué trata su profesión y como ***cuidar adecuadamente al otro***, a la persona, comprendiendo que el ser humano es el pilar fundamental y básico de la sociedad y en diversas situaciones de salud o enfermedad requiere del cuidado.

La exigencia del cuidado humanizado, surge como el **contexto** del fenómeno, porque la situación actual de la salud y la demanda de los pacientes, colocan a la enfermera en una situación de adaptación a los requerimientos que emergen en nuestra realidad, donde se considera a la persona como elemento fundamental del cuidado, no basta con tratar la enfermedad, es necesario una mirada integral del ser humano, que tiene problemas múltiples y particulares revalorando su individualidad para brindar un ***cuidado con calidad que logre su satisfacción***, haciendo uso de todos los recursos que proporciona la profesión como ***el proceso de atención de enfermería***, logrando los objetivos propuestos para él.

Es necesario el manejo adecuado de las **condiciones intervinientes**, como apreciamos existen condiciones positivas y negativas que afectan el cuidado, por lo tanto, identificarlas y trabajar en ellas permitirá **la satisfacción personal y profesional** que repercute en el cuidado, a la vez se **sentirán motivadas** para proporcionar este cuidado, considerando que **los valores personales y sociales guían su práctica cotidiana**, reconociendo importante **la interrelación enfermero-paciente-equipo de salud** para el éxito del cuidado, y **la revaloración del cuidado de Enfermería**, como elemento fundamental dentro del equipo de salud.

Las estrategias planteadas deben estar orientadas a satisfacer las necesidades demandantes del paciente, por lo tanto se requiere **de capacitación permanente aceptada y adoptada como instrumento de fortalecimiento de la profesión**, que consecuentemente producirá satisfacción de éste durante en el cuidado y evidenciará los resultados favorables en el paciente. Como **consecuencias**, se espera que **la imagen profesional y el desempeño profesional sean reconocidos como de calidad**.

Finalmente señalamos que en el presente estudio, la enfermera participante civil o con grado de oficial, considera importante la fase de formación profesional, añadida a la vocación de servicio, sin embargo, se considera que la formación de la escuela orienta a una mayor disciplina, porte y trato vertical durante su interrelación. Ambas consideran que trabajar con personas no es fácil, porque cada paciente tiene sus propias características y al verse en un medio hospitalario, nuevo para ellos, su manifestación es de diversa índole; requiriéndose entonces, de profesionales con ciertas características, cualidades y valores personales que permitan la comprensión del actuar del otro y al mismo tiempo cubrir sus necesidades con un cuidado humanizado.

Además, para brindar un cuidado adecuado, es necesario el conocimiento teórico amplio, diverso, conocido y dominado por la enfermera

y el desarrollo de su capacidad para insertarlo a la práctica profesional, siendo las enfermeras civiles quienes optan por un mayor número de capacitaciones de diferente índole. En el caso de las enfermeras oficiales apelan a capacitaciones que les permitan obtener el grado inmediato superior. Haciendo uso de recursos, métodos, conocimientos y valores ya descritos para la profesión, pero muchas veces no se evidencia en el cotidiano, considerando en la actualidad que el **quehacer de enfermería** es rutinario y **el ser con ausencia de algunos** valores, orientando el cuidado hacia la enfermedad, no hacia la persona como ya está definido y muchas veces declarado por el profesional de enfermería.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La Teoría Fundamentada en Datos permitió la comprensión de las declaraciones de las enfermeras sobre el contexto en que actúan y brindan su cuidado, los significados que le otorgan a las situaciones comunes y que comparten lo que produce una identidad común, orientando sus acciones de acuerdo a su contexto y la realidad social en que se desarrollan.
2. El ser y el quehacer de la enfermera está relacionado con la vocación, el conocimiento, la formación profesional y la práctica, se revalora y reconoce que la vocación afianza los valores personales y profesionales que influyen en las interacciones con las personas en el quehacer profesional contribuyendo a mejorar la calidad del servicio que se brinda a las personas.
3. El ser de enfermería se sustenta en el conocimiento, la vocación y los valores personales inherentes a la práctica profesional.
4. El quehacer de Enfermería, está ligado al conocimiento, la capacitación, la autonomía y el reconocimiento profesional, elementos que aunados al ser permiten un cuidado humanizado.
5. Se reconoce que actualmente el quehacer está orientado a la enfermedad, siendo necesario replantear conocimientos sobre la naturaleza del ser humano y cuidarlo con enfoque a sus necesidades individuales.
6. El cuidado con conocimiento y vocación, logra la congruencia de la teoría y la práctica en el quehacer cotidiano, alejando de la rutina a la enfermera.
7. Existe una exigencia demandante de la población hacia un cuidado humanizado, que se logra cuando existe calidad en el cuidado de enfermería y la enfermera a su vez, se siente satisfecha personal y profesionalmente con condiciones favorables para el desarrollo de su quehacer cotidiano.
8. La motivación y satisfacción de profesional durante su quehacer se fundamenta en el cuidado del paciente para que este logre su autocuidado y regrese a sus actividades cotidianas.

9. Los profesionales de enfermería enfrentan muchos problemas, desde la sobrecarga de tareas, falta de tiempo, limitación de recursos, limitación de personal y otros, por lo tanto; se necesita realizar un análisis profunda que permita focalizar las necesidades actuales del paciente, no solo enfocado en aspectos físicos o críticos que impone la enfermedad, sino con mirada holística, humanista y sus probables soluciones basado en las evidencias.
10. La enfermera como actor social, interactúa con sus pares, otros profesionales del equipo de salud, pacientes y familiares dentro del ámbito hospitalario, es indispensable que reconozca sus funciones, limitaciones, responsabilidades y normativas que tiene la institución, la imagen profesional se evidencia en la interacción que desarrolla en todas sus acciones.
11. La interacción enfermera-paciente promueve el bienestar y la recuperación del estado de salud del paciente a través del contacto visual, trata y saluda al paciente, amabilidad, sonrisa, proximidad física, contacto físico, evitar regaño, crítica e ignorar. Si el paciente recupera su estado de salud, repercute en la satisfacción personal y profesional de la enfermera
12. El profesional de enfermería que no está sensibilizado sobre la importancia de su profesión fácilmente cae en la rutina, la práctica del cuidado requiere de un riguroso análisis y cuestionamiento de como se está desarrollando, es necesario reorientarla de acuerdo al entorno y contexto actual, considerando los nuevos conocimientos y evidencias a través de investigaciones previas.
13. La capacitación permanente del profesional le permitirá consolidar sus conocimientos, tomar decisiones acertadas y ser reconocida en su ámbito de trabajo.
14. Las enfermeras reconocen que están satisfechas con su profesión, aunque tengan escaso reconocimiento social, económico y profesional. Para ella lo más importante es lograr que el paciente regrese a sus actividades cotidianas

RECOMENDACIONES

1. Las investigaciones con enfoque cualitativo permiten la comprensión del ser humano dentro de su entorno y contexto, realizar estudios con este enfoque en los servicios de salud brindará información relevante sobre el cuidado de enfermería.
2. Es importante que las autoridades tomen conocimiento y decisiones respecto a la situación en la que actualmente se encuentra la enfermera, la satisfacción del profesional traerá consigo mayor beneficio al paciente, ya que existen limitaciones para el desarrollo del quehacer de enfermería, a pesar de que muchas veces la enfermera lo soluciona, pocas veces es considerada y reconocida por ello.
3. Se debe fortalecer la formación profesional, logrando la articulación docente-asistencial, para ello las enfermeras asistenciales deben ser docentes; quienes deben estar más involucradas con los cuidados de enfermería y tanto la enfermera docente como la asistencial deben realizar investigaciones conjuntas que beneficie el cuidado del paciente.
4. Incentivar a las enfermeras a realizar estudios de pos grado y capacitación permanente como responsabilidad profesional, así mismo, se debe comprometer a las autoridades competentes brindar las condiciones para efectivizar estas capacitaciones, considerando que el trabajo que desempeña el profesional de enfermería es diferente de cualquier otro profesional de salud.
5. Promover, mejorar e incrementar las condiciones de realización de investigación en enfermería, consolida y sustenta las bases fundamentales de la profesión, la evidencia permite mejorar la imagen profesional y motiva la capacitación del profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALADEFE. (2003) Simposio sobre la formación de investigadores en enfermería. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. 6,7 y 8 de Octubre. Universidad de Antioquia. Medellín.

ANCAM (2011) La experiencia nuestras becarias. Boletín de Enfermería. ANCAM. México, 1(3) Disponible en: <https://www.google.com.pe/search?q=adlefe+2003&oq=adlefe+2003&aqs=cchrome..69i57j0l5.13573j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>

Aguayo, M. Badía, M. y Font, C. (2014) La identidad del académico de Enfermería: entre la docencia y la investigación. Texto Contexto, 23(2), 241-249. Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/2014pdf/23202e.pdf>

Aguilar-Serrano, L. López-Valdez, M. Bernal-Becerril, M.L. Ponce-Gómez, G. Rivas-Espinosa, J.G. (2008) Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 16(1), 3-6. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18918>

Alfaro-Lefevre, R. (2003) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona. Masson. 274.

Álvarez-Gayou, J. (2014) Como hacer investigación cualitativa; fundamentos y metodología. En: Camacho y López, S. Maldonado G. Zarazúa A. Moreno, V. Hernández, B. Bravo, I. La entrevista como técnica de investigación cualitativa. Paidós-Educador, p.109-113 Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n7/r1.html>

Arena, N. (2006). El cuidado como manifestación de la condición humana. Rev Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, 10, 1. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol10n1/10-1-3.pdf>

Badillo-Reyes, L. López-Castellanos, L. y Ortiz-Ramírez, M. (2012) Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 20 (2), 71-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122c.pdf>

Báez-Hernández, F.J. Nava-Navarro, V. Ramos-Cedeño, L. y Medina-López, O.M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan, 9(2), 127-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972009000200002

Ballesteros, M. y Jiménez, L. (2003) La enfermería, una profesión de servicio a las personas. Metas de enfermería, 6(59), 65-67. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articulold=225626>

Barragán, A. y Moreno, C. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enferm. Glob, 12 (29). 217-230 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013001100111

Beltrán-Salazar, O. (2008) La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichán, 8(1), 50-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74108106.pdf>

Bhen, V. Jara, P. y Nájera, P. (2002) Innovaciones en la formación del licenciado de enfermería en Latinoamérica, al inicio del siglo XXI. Investigación y educación en Enfermería, 20(1), Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iee/article/viewFile/16729/14505>

Bengoechea, M.B. (2001) Estudios sobre la comunicación paciente enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica, 11(6), 266-274. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862101737254>

Bernal, M. y Ponce, G. (2009) Propuesta Para La Enseñanza Del Cuidado En Enfermería. *Enfermería Universitaria*, 6(1), 33-41. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu091e.pdf>

Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid: Tratta.

Borré-Ortiz, YM. Lenis-Victoria, C. Suárez-Villa, M. y Tafur-Castillo, J. (2015). El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Cienc Salud*. 13(3), 481-491. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4362>

Blumer, H. (1969) Las Perspectivas metodológicas convergente del conductismo social y la interacción simbólica. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/2095174>

Cáceda, S. (2008) Epistemología y el problema del conocimiento en enfermería. [Internet]. Estados Unidos. Disponible desde: www.slideshare.net/prob...epistem....com.

Cárdenas-Becerril, L. Monroy-Rojas, A. Arana-Gómez, B. y de Lourdes García-Hernández, M. (2011) Formación de enfermeras mexicanas en el período revolucionario. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(1), 49-56. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim111j.pdf>

Carrillo, G.M. y Meza, Y. (2007) La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*, 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es

Carrillo, A. García, L. Cárdenas, C. Díaz, I (2013) La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 32. 346-361. Disponible en: <http://www.rilc.uts.edu.au/pdfs/wayforward.pdf.33>

Carvallo, B. (2010) Condiciones de Vida y de Trabajo del Personal de Enfermería: Su Ratificación un Reto para Nuestra Asociación. En:

Publicación oficial de la ANEC. Disponible en:
<http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12762&cmd%5b111%5d=c-1-57>

Castrillón, M. (1997) La dimensión social de la práctica de la enfermería, Medellín. Universidad de Antioquia.

Castrillón, M.C. (2012). Competencias investigativas del docente universitario en enfermería. *Enfermería universitaria*, 9(3), 4-6. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632012000300001&script=sci_arttext

Ceballos, P. (2010) Desde Los Ámbitos De Enfermería, Analizando El Cuidado Humanizado. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 31-35. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>

Cerezo, A y Hernández, J. (2008) Formando docentes. Una experiencia desde el constructivismo. *Aquichán*, 8(1), 64-73. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>

Cibanal, L. Arce M.C. y Carballal, M.C. (2010) Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Recuperado de
https://books.google.es/books/about/T%C3%A9cnicas_de_comunicaci%C3%B3n_y_relaci%C3%B3n_d.html?hl=es&id=aK-2520AACkC.

Consejo Internacional De Enfermería. (2011) La definición de enfermería. Disponible en:
<http://www.actualidad.enfermundi.com/enfin/enfincie/index.asp>

Correa, L.M. Idarraga, A. y Montoya, R. (1997) La identidad profesional de enfermería frente a la motivación por la ejecución de su rol. Hacia la promoción de la salud; 3(3), 9-10. Disponible en:
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-81/enfermeria8105-ser/#sthash.V65ZQ2i9.dpuf>

Collière, M. F. (2005) Promover la vida. Recuperado de <https://www.dasumo.com/libros/colliere-promover-la-vida-pdf.html>

Contreras, F. Espinal, L. Pachón, A. y González, J. (2013) Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas*, 9(1). Disponible en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/226>

Costa R, & Shimizu H. (2005). Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(5), 654-62. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2132>

Cossette S, Coté JK, Pepin J, Ricard N & D'Aoust LJ. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a care perspective: refinement of the Caring nurse-Patient Interaction Scale (CNPI Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198-214. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x/full>

Cossette S, Pepin J, Coté JK & Courval FP (2008). The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse Patient Interaction Short. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 699-710. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x/full>

Chamizo, V.C. (2004) La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm*, 13(46), 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es

Chuaqui-Kettlun, J.R. Bettancourt-Ortega, L.P. Leal-Román, V.J. y Aguirre-González, C. A. (2014) La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso en los años 1933-2010. *Aquichan*. 14(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972014000100006

Davis AJ. (2006). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo xxi: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Colleg oficial Enfermeria de Barcelona. Disponible en: <http://docplayer.es/17614901-El-cuidar-y-la-etica-del-cuidar-en-el-siglo-xxi-que-sabemos-y-que-debemos-cuestionar.html>

Daza de Caballero, R. Torres P.A. y Prieto de Romano, G. (2005) Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm, 14(49), 18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005002200112

Daza De Caballero, R. (2005) Cuidado y práctica de enfermería: Línea de Investigación. Index Enferm, 14 (50), 57-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005002200112

Daza de Caballero, R. y Medina, L.S. (2012). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá, Colombia. Cultura de los cuidados, (19), 55-62. Disponible en: http://bibliotecadigitalcecova.es/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura_cuidados_19.pdf#page=54

Diccionario de la real lengua española. (2014). Edición digital.

Doménech, M. Iñiguez, L. y Tirado, F. (2003) George Herbert Mead y la psicología social de los objetos. Psicología & Sociedade, 15(1), 18-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100003>

Druet, N. Chan, G. Sunza, S. y Flota, J. (2014) Sentido de vida y vocación en estudiantes de una Licenciatura en Enfermería. Educación Handbook TV: Congreso Interdisciplinario de Cuerpos Académicos, 173-182. ECORFAN. Disponible en: http://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T_V/ARTICULO%2017.pdf

Duffy, J.R. Hoskins, L. y Furst, S. (2007) Dimensions of caring. Psychometric Evaluation the Caring assessment tool. Adv Nursing Science, 30(3), 235-

245. Disponible en:
http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2007/07000/Dimensions_of_Caring__Psychometric_Evaluation_of.5.aspx

Duque, P. (2014) Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín. *Universidad y Salud*, 16(1), 91-102. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072014000100009

Durán de Villalobos, M. (2005) La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100009&script=sci_arttext&tlng=es

Espino, S. (1999) El Ejercicio Profesional de la Enfermería-La Práctica de la Enfermería. Conferencia presentada en el Hospital Edgardo Rebagliati M. EsSalud. Lima-Perú.

Eterovic, C. y Stiepovich, J. (2010) Enfermería Basada en la Evidencia y formación profesional. *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 9-14. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300002&script=sci_arttext

Fernández L.B. y Paravic K.T. (2003) Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Cienc Enfer*, 9(2), 57-66. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art06.pdf>

Flores-Peña, Y. Y Alonso-Castillo, M. (2006) Factores que influyen en la participación del personal de enfermería en la educación continua. *Rev. Latino-Am. Enfermagen*, 14(3), 309-315. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300002>

Finke, E.H. Light, J. y Kitko, L. (2008) A Systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex

communication needs with a focus on the use of argumentative and alternative communication. J Clin Nurs, 17(16), 2102-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18705734>

Francisco de Rey, C. (2008) "De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/2700>

García, C. y Martínez, M. (2001) Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed. Harcourt Madrid. España. 236pp

García Hernández, M & Otros (2011). Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado Profesional De Enfermería. Texto & Contexto Enferm, 20, 74-80. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=625417&indexSearch=ID>

Hernández, G. Becerril, L. Gómez, B. Rojas, A. Ortega, Y. y Martínez, C. (2016) Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto Contexto, 20, 74-80. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/39834>

Gonzales, R. (2015) Desarrollo de las especialidades de enfermería a 20 años de su lanzamiento por la facultad de enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Enferm herediana, 8(1), 41-49. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=765165&indexSearch=ID>

Guillaumet, M. Fargues, I. Subirana, M. y Bros, M. (2005) Teoría del cuidado humano: un café con Watson. Metas de enfermería, 8(2), 28-32. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/ibc-036746>

Hernández, C.J. (1999) Fundamentos de enfermería. McGraw-Hill/Interamericana. Madrid.

Hernández C.J. (1996) Cuestiones de Enfermería. McGraw-Hill /Interamericana Madrid.

Herrera, G. y Manrique, F. (2008) Condiciones Laborales y Grado de Satisfacción de los Profesionales de Enfermería. Aquichan, 8(2), 243-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n2/v8n2a11.pdf>

Herzberg, F. (1954) La Teoría de la Motivación-Higiene. Recuperado de http://untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrat egia_organizacional/10_Teoria_de_la_organizacion.pdf

Jorge, S. (2007) El Acto De Cuidar. Genealogía Epistemológica Del Ser Enfermo. El Uatipí. Buenos Aires. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/22132959/El-arte-de-cuidar-libro-parte-1>

Kerouac, S. (1996) Pensamiento Enfermero. Elsevier Masson. Barcelona. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es #v=onepage&q&f=false>

León, C.A. (2006) Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana de Enfermería, 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es

Malvárez, S. y Castrillón, M. (2005) Panorama de la Fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Rev Enferm IMSS, 14(2) 101-116. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062g.pdf>

Marriner Tomey, A. (1994) Modelos y Teorías En Enfermería. 3ra ed. Mosby- Doyma Madrid.

Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (1998) Modelos y Teorías En Enfermería. 4ta ed. Mosby. Madrid.

Marriner Tomey A. y Raile Alligood, M. (2011). Modelos y Teorías de enfermería. 7ma ed. Elsevier España. p. 91- 105.

Martínez, M. La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos [internet]. Disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>

Martínez, M. (2000) La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico. 3ra ed. Trillas. México, 175 p.

Martínez, M. (2006) Ciencia y arte en la metodología cualitativa. 2da ed. Trillas, México. 350p.

Martínez, M. (2016). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. Paradigma, 27(2), 7-33. Disponible en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/paradigma/article/view/3759>

Martínez, E. y Jaimes-Osma, J. (2012) Validación de la prueba “Sentido del trabajo” en población colombiana. Psicología desde el caribe, 29(1), 64-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a05.pdf>

Medina, J. (2010) La construcción del saber en enfermería. Una visión ontoepistemológica. XII Coloquio Panamericano De Investigación En Enfermería. 29 Ago – 02 Sept. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Medina, J. y Sandin, M. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de las reducciones fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. Texto y Contexto Enferm, 15(2), 312-9. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a15v15n2>

Medina, J. y Do Prado, M. (2009) El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: Racionalidad instrumental y tecnológica. Texto y Contexto Enferm, 18(4), 617. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Medina14/publication/262776820_Nursing_curriculum_as_a_tejne_prototype_Instrumental_and_technological_rationality/links/554c62730cf29752ee7edf4f.pdf

Meleis, A. (1985). Teoría de Enfermería. Desarrollos y progresos. Philadelphia

Meza-Benavides, M. (2006) Construcción del conocimiento en Enfermería. Enfermeros y enfermeras tienen la palabra. Enfermería en Costa Rica, 27(1). 10-16. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n1/3.pdf>

Minayo M.S. (2007) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. Hucitec. Sao Paulo

Morales-Asencio, J. de Pedro-Gómez, J. Abad, A. Veny, B. Vives, G. y Campaner, C.P. (2011) Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: situación en las Islas Baleares. Gaceta Sanitaria, 25(3), 191-197. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110003250>

Morffe, A (2009) Competitividad de las pequeñas y medianas empresas detallistas: Una Aproximación Teórica desde la perspectiva de la Teoría del Valor. [Proyecto de Investigación Doctoral]. República Bolivariana De Venezuela Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.

Morse, J. (2004) Hagamos más trabajo teórico. En conversación con César Cisneros-Puebla. Forum: Qualitative Social Research, 5(3), 3. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/556/1205>

Musayon, O. y Salazar M. (2015) Cien Años Formando Enfermeras en el Perú. Acta Herediana, 56, 17-26. Disponible en: <file:///C:/Users/HP1/Downloads/2712-6351-1-PB.pdf>

Nava, A. (2012) Profesionalización, vocación y ética de enfermería. Revista de Enfermería Neurológica, 11(2), 62. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=38112>

Noreña, A. Alcaraz-Moreno, N. Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012) Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

Orihuela-Pérez, I. Pérez-Espinosa, J.A. Aranda-Salcedo, T. Zafra-Norte, J. Jiménez-Ruiz, R. Martínez-García, Á. y et al. (2010). Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería Clínica*, 20(6), 349-354. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110001683>

Orozco, L.C. (2005) El Ser Y El Quehacer De Enfermería. ¿Qué Hacer? Actual. Enferm, 8(1), 14-19. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-81/enfermeria8105-ser/#sthash.V65ZQ2i9.dpuf>

Orrego S, Castrillón M.C & Nájera R. (2000) Estado del Arte de la Investigación presentada en Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería 1989-1998. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313552817_La_investigacion_presentada_en_los_Coloquios_Panamericanos_de_Investigacion_en_enfermeria_1988-1998

Prado, M.L. y Reibnitz, K.S. (2004). Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de enfermería. *Invest Educ Enferm*. 22(2), 104-111. Disponible en: [file:///C:/Users/HP1/Downloads/Dialnet-SaudeEGlobalizacao-1321658%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP1/Downloads/Dialnet-SaudeEGlobalizacao-1321658%20(1).pdf)

Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Rev. Acta Paul. Enferm*, 20(4), 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

Portieles, M. Pérez, M. García, M. Quintana, Z. Fernández, M. Sánchez, R. (2004) Los valores en la profesión de enfermería. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/590/1/Los-Valores-en-la-Profesion-de-Enfermeria.html>

Pytel, C. Fielden, N. Meyer, K. y Albert, N. (2009) Nurse-patient/visitor Communication in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*, 35(5), 406-411. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748019>

Puga, A. Madieto, M. Brito, I. y Escobar, E. (2010) Modelo para desarrollar la Asistenciabilidad en el proceso de formación del profesional de enfermería. *Educ Med Super*, 24(2), [citado 13 Nov. 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200004&lng=es&tlng=es.

Ramírez, N. Quintana, M. Sanhueza, O. y Valenzuela, S. (2013). El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfermería global*, 12(30), 410-421. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013002200220

Reséndiz-Dáttoly, C. y Jiménez-Vázquez, M. (2010) Postura de la enfermera ante su quehacer profesional. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(3), 137-143. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103d.pdf>

Restrepo, C.M. (1997) Simbolismo de la profesión. En: Castañeda, M. y Pérez, L. (2010) Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: sesenta años marcando trayectorias en la formación profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(2), 275-281. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000200015&lng=en&tlng=es.

Reyes, I. (2010) Relación filosófica de las teorías de enfermería. Universidad de Carabobo Venezuela. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/filosofia-enfermeria/filosofia-enfermeria>

Rivera, L. y Triana, A. (2007) Cuidado Humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la Práctica. *Actual. Enferm*, 10(4),

15-21. Disponible: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres/>

Rojas, J.G. (2007) Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/40597681_Factores_relacionados_con_la_aplicacion_del_proceso_de_atencion_de_enfermeria_y_las_taxonomias_en_12_UCI_de_Medellin_2007

San Rafael-Gutiérrez, S. Arreciado-Marañón, A. Bernaus-Poch, E. y Vers-Prat, O. (2010) Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(4), 236-242. Disponible: <https://medes.com/publication/60396>

Sánchez, R. Jiménez, V. y Parra, M. (2013) Afrontamiento del Personal de Enfermería frente a la Crisis Actual. *Revista. Enfermería CyL*, 5(2), 4-11. Disponible en: <file:///C:/Users/HP1/Downloads/102-323-1-PB.pdf>

Serrano, D.P. (2011) Teoría de Maslow – A Pirâmide de Maslow. Disponible en: <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm> [citado 08 Ago. 2016].

Silva, I. Vieira, M. Dias. S. Isse, S. Radûnz, V. Atherino, E. (2009) Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 697-703. Disponible en: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40411>

Soãres de Lima, S.B. Luzia, J. Erdmann, A. Giacomelli Prochnow, A. Andrade Conceição Stipp, M. y Real Lima García, V.R. (2010). La teoría fundamentada en datos: un camino a la investigación en enfermería. *Index de Enfermería*, 19(1), 55-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010001100112

Strauss, A. y Corbin, J. (2002) Bases de La investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Edit. Universidad de Antioquia. Medellín.

Siles, J. (2008) Historia de la Enfermería: Una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. Cultura de los Cuidados, 24, 5-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/24pdf/24005006.pdf>

Siles, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de enfermería, 13(47), 07-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004003300001

Silva R. (2009) Una construcción moral del trabajador de salud como sujeto autónomo y ético [tesis doctoral]. Universidad Federal de Santa Catarina. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89205>

Torrecilla J. (2007) Reflexiones sobre la Filosofía, Educación y Práctica de Enfermería. [internet]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10408/Reflexiones-sobre-Filosofia-Educacion-Practica-Enfermeria.html>

Travelbee, J. (1966). Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis Company. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=CtensKNEIXoC&redir_esc=y&hl=es

Urra, E. Jana, A. y García, M. (2011) Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. Ciencia y Enfermería, 17 (3), 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&tlng=pt

Valles, M. (2005). El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 110, 91-114. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/997/99715250003.pdf>

Verdere, O. y García, J. (1974) La decisión de estudiar enfermería. Educación Médica y Salud, 8, 390-407. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/39600.pdf>

Velandia-Mora, A. (1995) Historia de la enfermería en Colombia. Antecedentes y propósitos: Universidad Nacional de Bogotá.

Velandia- Mora, A. (2011) La enfermería en Colombia 1990 – 2010 Ejercicio profesional y situación legal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 13(1), 65-78. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1634/1055>.

Verástegui León, M. R. (2014). Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un Servicio de Cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. Tesis Doctoral. UNMSM. Disponible en: <http://pesquisa.bvsa.org/oncologiauy/resource/en/lil-713858>

Waldow, V.R. (1999) Cuidado humano. 2ª ed. Sagra Luzzato. Porto Alegre.

Watson J. (2005) Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company.

White, K. (2002) Nursing as vocation. Nursing Ethics, 9(3), 271-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035433>

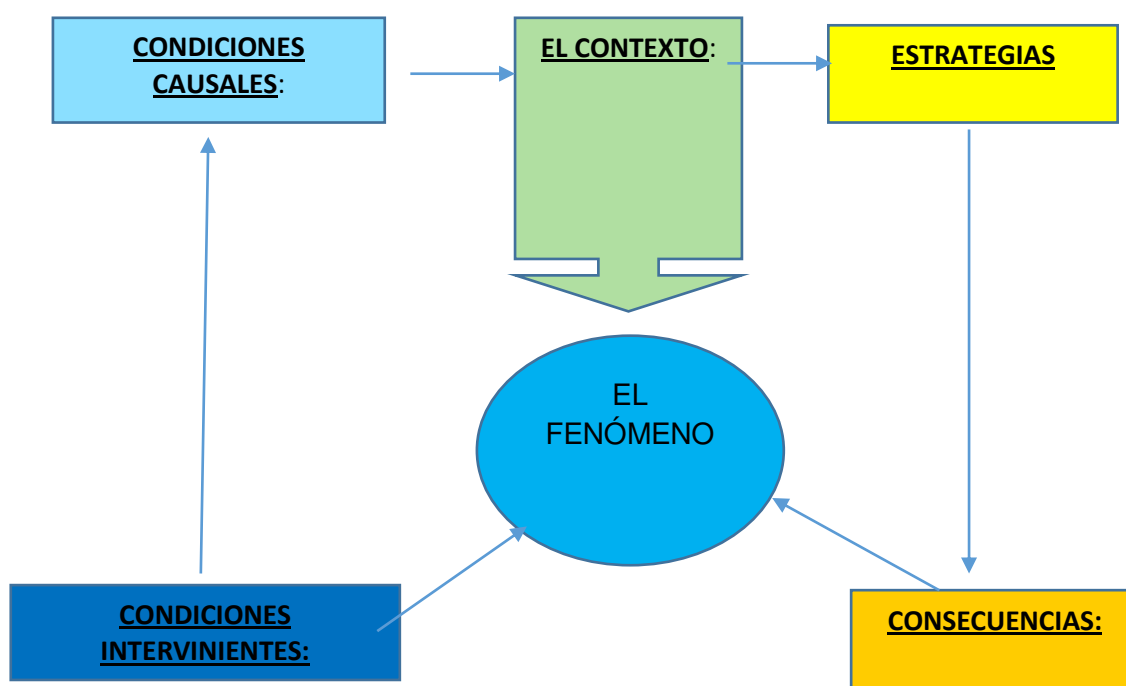
Waldow, R. (2014) Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index de Enfermería. 23(4), 234-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014003300009

Zárate León, M. (1992) Historia de la enfermería peruana. Fundación Kellogg. Río de Janeiro.

ANEXOS

ANEXO 1

ESQUEMA PARADIGMATICO DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA EN DATOS



ESQUEMA PROPUESTA POR LA AUTORA.



Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN ENFERMERIA

SER Y QUE HACER DE LA ENFERMERA CONTEMPORÁNEA EN UN HOSPITAL CASTRENSE

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Buenos días estimada colega, mi nombre es Judith León Rivera, enfermera que laboro en el área asistencial. En esta oportunidad, me encuentro desarrollando una investigación titulada: El Ser y EL Quehacer de la Enfermera, que tiene como objetivo comprender el significado del ser y el quehacer de su profesión para la enfermera. Por lo que le solicito información a través de esta entrevista, que permitirá dar luces sobre estos aspectos de enfermería, lo cual posibilitará obtener aspectos relevantes para la construcción del conocimiento en esta profesión.

Agradezco anticipadamente su colaboración, garantizándole absoluta confidencialidad en los datos.

Edad: de 30 a 35 años () 36 a 41 () 42 a 47 () de 48 a más ()

➤ Sexo:

- Masculino () Femenino ()

➤ Estado civil:

- Soltera/o () Casada/o o convive en pareja ()
- Viuda/o () Divorciada/o separada/o ()
- Número de hijos.....

➤ Estudios en :

- Diplomado () Especialidad ()
- Maestría () Doctorado ()

DATOS LABORALES:

➤ Condición Laboral:

Oficial () Empleado Civil ()

➤ Tiempo de servicio en el hospital.....

➤ Servicio actual donde labora.....

➤ Servicios donde laboró anteriormente.....

➤ Además de laborar en este hospital labora en alguna otra institución

SI () Especificar..... NO ()

GUIA DE ENTREVISTA

1.- ¿QUE SIGNIFICA PARA UD. SER ENFERMERA?

2.- ¿QUE SIGNIFICA PARA UD. EL CUIDADO?

3.- ¿COMO UD. DESCRIBE EL CUIDADO QUE LE BRINDA AL PACIENTE?

4.- ¿QUE PIENSA SOBRE LA IMAGEN PROFESIONAL DE LA ENFERMERA?

5.- ¿CÓMO SE SIENTE UD. COMO ENFERMERA?



Anexo 3
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERIA

**SER Y QUE HACER DE LA ENFERMERA CONTEMPORÁNEA EN UN
 HOSPITAL CASTRENSE**

GUIA DE OBSERVACION PARTICIPANTE

OBJETIVOS:

- Observar las actividades cotidianas en el quehacer de la enfermera.
- Observar la interacción enfermera – paciente.
- Observar el cuidado que brinda la enfermera al paciente y la familia.

PROCEDIMIENTO

- Se describe el entorno y contexto de la enfermera donde brinda el cuidado. Localización y descripción general del área de trabajo de la paciente.
- Se describe el quehacer de la enfermera. Satisfacción de necesidades básicas del paciente. Cuidado directo
- Se describe a la enfermera. Aspecto físico, semblante, facies. Actitud, postura. Trato, interrelación.
- Se describen situaciones que emergen espontáneamente.
- Se reconstruyen diálogos. Considerando tono de voz, expresiones, lenguaje verbal y no verbal.

Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

ESCUELA DE POSGRADO DOCTORADO EN ENFERMERIA

SER Y QUE HACER DE LA ENFERMERA CONTEMPORÁNEA EN UN HOSPITAL CASTRENSE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como título: El significado del Ser y del Quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense en Lima-Perú, con el objetivo de Comprender el Ser y Quehacer de la Enfermera Contemporánea de un hospital castrense en Lima-Perú. El tiempo estimado para la entrevista será aproximadamente de 30 minutos.

Riesgos y beneficios: El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

Compensación: No se dará ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad: El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe, se hará uso de un seudónimo y los resultados serán utilizados solo con fines académicos.

Participación voluntaria: La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio: El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

Si desea participar, favor de llenar el talonario de autorización.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha absuelto mis dudas. Yo, _____,
Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el presente estudio. Así mismo, dejo constancia que he recibido una copia de este documento.

FIRMA NVESTIGADORA

FIRMA PARTICIPANTE



Anexo 5
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 (Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERIA

**SER Y QUE HACER DE LA ENFERMERA CONTEMPORÁNEA EN UN HOSPITAL
 CASTRENSE**

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como título: El significado del Ser y del Quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense en Lima-Perú, con el objetivo de Comprender el significado del Ser y del Quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense en Lima-Perú. Recuerde que su participación es estrictamente voluntaria, y Ud. Tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha absuelto mis dudas. Yo. _____, decido excluirme de la participación del presente estudio. Así mismo, dejo constancia que he recibido una copia de este documento.

 FIRMA NVESTIGADORA

 FIRMA PARTICIPANTE

LIMA, ENERO DEL 2013.